

Formulaire de demande d'analyses



CLIENT :

NOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL : FAX :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Adresse de facturation :

.....

Autres destinataires des résultats :

.....

PRELEVEMENTS_:

Réceptionné le : par :

Nom du préleveur :

Date du prélèvement :

Identification et signature du dépositaire :

FACTEURS DE CROISSANCE		RESIDUS MEDICAMENTEUX	TOXINES
BETA-AGONISTES	<input type="checkbox"/>	AINS	<input type="checkbox"/>
THYREOSTATIQUES	<input type="checkbox"/>	ANTICOCCIDIENS	<input type="checkbox"/>
		ANTIBIOTIQUES	<input type="checkbox"/>
		AVERMECTINES	
		BENZIMIDAZOLES	
		CHLORAMPHENICOLS	
		NITROIMIDAZOLES	
		QUINOLONES	
		SULFAMIDES	
		TETRACYCLINES	

