



Formulaire de demande d'analyses

MIOA-SU-0015
Version 1

CLIENT :

NOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL : FAX :

MAIL :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Adresse de facturation :

.....

Autres destinataires des résultats :

.....

PRELEVEMENTS :

Réceptionné le : par :

Température :

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"/>	TOXINES PARALYSANTES <input type="checkbox"/>
THYREOSTATIQUES <input type="checkbox"/>	ANTIBIOTIQUES <input type="checkbox"/>	TOXINES AMNESIANTES <input type="checkbox"/>
	AVERMECTINES <input type="checkbox"/>	TOXINES LIPOPHILES <input type="checkbox"/>
	BENZIMIDAZOLES <input type="checkbox"/>	
	CHLORAMPHENICOLS <input type="checkbox"/>	
	SULFAMIDES <input type="checkbox"/>	
	TETRACYCLINES <input type="checkbox"/>	

