

DEMANDE D'ANALYSE MICROBIOLOGIQUE ALIMENTAIRE CLIENT

Nom du client :	Réception Date et heure Température	Adresse de facturation si différente	
Adresse :	Visa		
Téléphone :	Fax :	Remarques	
Mail :			

Contrat

Autocontrôle

Référence laboratoire	Nature de l'échantillon	Date fab/lot	DLC	Date analyse souhaitée	Analyses																		
					MO 30	Flore lactique	Entérobactéries	E.coli	Staph	C.perf	Salm	L.mono	ASR	B.cereus	Lev Mois								

Signature :
Demandeur :

Contrôles de surface

Référence laboratoire	Surfaces contrôlées

Signature :
Demandeur :