

Date de réception

N° projet lab

Demande d'analyse pour clients particuliers

SECTION À REMPLIR PAR LE CLIENT

Information générales

Information sur le prélèvement

Client : _____

Adresse : _____ Idem

Adresse : _____

Date prélèvement : _____ Ville : _____

Ville : _____

Nom du préleveur : _____

Code Postal : _____

Matrice : Eau Potable Autre _____

Téléphone : _____

Analyse demandée: Coliformes totaux + Escherichia coli

Adresse courriel : _____

Autre spécifier : _____

Les échantillons de microbiologie sont acceptés du lundi 8:00 au jeudi 16:00. (Val-d'Or jusqu'à Jeudi 11:00)

Délai de conservation de l'échantillon : 48 heures

Signature du client : _____ Date : _____

* : Afin d'éviter des problèmes analytiques potentiels ou des délais d'analyses supplémentaires, il serait souhaitable de fournir toutes les informations pertinentes aux analyses.

Section réservée au laboratoire

État de l'échantillon à la réception

Température à la réception et contenant reçu

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Température inférieure à 12°C | <input type="checkbox"/> Reçu en mauvais état |
| <input type="checkbox"/> Température supérieure à 12°C | <input type="checkbox"/> Présence de glace |
| <input type="checkbox"/> Température égale à 12°C | <input type="checkbox"/> Contenant non conforme |

Autre remarque

Mode de paiement (**paiement sur réception**)

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Argent comptant | <input type="checkbox"/> Visa |
| <input type="checkbox"/> Paiement direct | <input type="checkbox"/> Mastercard |

Numéro de Facture