

DEMANDE DE PRESTATIONS

VOS COORDONNEES			
Nom et adresse de l'Etablissement demandeur		Nom et adresse du lieu de prélèvement (si différent)	
Tél. :	Fax :	Tél. :	Fax :
Adresse mail :		N° SIRET :	
Domaine d'activité :			
Adresse d'expédition des résultats :		Adresse de facturation :	
Nom du Directeur, du Responsable :		Nom du Responsable de cuisine :	
PRESTATIONS			
Mode d'acheminement : <input type="checkbox"/> dépôt du prélèvement au laboratoire par le client <input type="checkbox"/> collecte sur le site de prélèvement par le laboratoire			
Fréquence de passage : Nombre de passage(s) : (exemple : 2 passages / trimestre)			
par : semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> tous les 2 mois <input type="checkbox"/> entre les vacances scolaires <input type="checkbox"/> trimestre <input type="checkbox"/> semestre <input type="checkbox"/> passage ponctuel (à la demande) <input type="checkbox"/>			
Nombre d'échantillons <u>par passage</u> : Nombre d'échantillon(s) alimentaire(s) : Nombre d'analyse(s) de surface : Fréquence des analyses de surface (exemple : trimestrielle) :			
Date de mise en application des prestations : / /			
RENSEIGNEMENTS PRATIQUES			
JOURS DE FERMETURE			
CRENEAU HORAIRE CONSEILLE INDICATIF (heures de travail du personnel)			
HORAIRES A EVITER			
VOTRE ETABLISSEMENT EST-IL OUVERT PENDANT LA PERIODE D'ETE JUILLET / AOÛT ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
PASSAGE POSSIBLE LES MERCREDIS ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
VOTRE ETABLISSEMENT EST-IL OUVERT PENDANT LES VACANCES SCOLAIRES ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

J'atteste avoir pris connaissance du document joint « Compétences et tarification » Q DEM SD 01.

Date :

Signature du demandeur :