

À COMPLÉTER PAR LABOCÉA

<i>Tampon de réception</i>	Condition d'envoi / dépôt échantillon(s)	Réception
	Par : <input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Chrono Méd 13 <input type="checkbox"/> Navette Labocéa Autre : _____	Date : _____ Remarque : _____

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS (à compléter par le demandeur)

Éleveur et lieu de prélèvement	Préleveur
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	N° ordre (si vétérinaire) : _____
N° EDE : _____	
N° INUAV : _____ Bâtiment : _____	
N° SIRET : _____	
Signature du demandeur : _____	

Destinataires du résultat

Vétérinaire sanitaire : _____ DDPP du département d'origine

Nom : _____ Groupement :

Prénom : _____ Autres :

Mail : _____

Km parcourus (A/R)* : _____ Chevaux fiscaux* : _____

**Informations à transmettre impérativement dans SIGAL pour les analyses de surveillance active*

Facturation (si différent de l'éleveur)

Nom : _____ Tél : _____

Prénom : _____ Mail : _____

Adresse : _____

Prélèvement

Date de prélèvement : _____	Heure : _____	Date de mouvement des animaux : _____ Heure : _____
Type élevage : _____	Âge : _____	
Espèce : _____	N° du lot : _____	

Commentaires :
