

Laboratoire National de Référence

Adresse

N° d'attestation

## ATTESTATION INITIALE DE CONFORMITÉ

<b>Demandeur (producteur, importateur ou distributeur)</b>		
<b>Coordonnées de la personne contact</b>		
<b>Dénomination commerciale du réactif</b>		
<b>Référence(s) fournisseur du réactif</b>		
<b>Réactif utilisé pour le diagnostic / dépistage de</b>		
<b>Par la technique</b>		
<b>Sur la (les) matrice(s)</b>		
<b>Date de réception du réactif soumis au contrôle</b>		
<b>N° du lot</b>	<b>Date de péremption</b>	<b>Taille du lot</b>
<b>Version de la notice d'utilisation</b>		
<b>Date de conformité du dossier de caractérisation</b>	<b>Date de réalisation du contrôle du produit</b>	
<b>Protocole(s) testé(s) (<i>court, long, individuel, mélanges, matrice(s), kits extraction, ...</i>)</b>		
<b>Résultats obtenus ayant abouti à la déclaration de conformité du kit voir rapport de contrôle initial de réactif établi par le LNR (référence, date)</b>		
<b>Date</b>	<b>Signature et fonction du responsable du contrôle</b>	

*Pour toute demande relative à cette attestation, veuillez contacter :*

*(Nom prénom, tél, (fax), courriel)*