

<p align="center"><b>DEMANDEUR</b></p> <p><b>Nom :</b></p> <p><b>Adresse :</b></p> <p><b>Tél :</b></p> <p><b>Fax :</b></p> <p><b>Mail :</b></p>	<p><u>Première demande de prestation à l'Anses ?</u>  <input type="checkbox"/> Oui   <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Facture à adresser à :</u></p>
---	--

VEGETAL/AUTRE	VARIETE	REFERENCE	ORIGINE GEOGRAPHIQUE

**Description des symptômes (le cas échéant)**

**diagnostic\***

**détection-cible recherchée :**

\*préciser si possible les conditions culturales : mode de conduite, cultivars, porte-greffe, antécédents culturaux, présence d'insectes vecteurs, organes présentant des symptômes...

**Lors de la détection d'un parasite de quarantaine ou d'un OGM, la confirmation du résultat par tests complémentaires, demandée ou non par le client, pourra être réalisée par le laboratoire selon les exigences réglementaires.**

**DATE**

**SIGNATURE**