Nom de la structure		**date des prélèvements:**
Nom du directeur du laboratoire		
N° SIRET ou FITNESS		**signature du directeur de la structure**
N°ADELI du biologiste		
Adresse de la structure		
		Nom, Prénom du préleveur
Téléphone		**Numero ADELI du préleveur**
Mail		**Signature du préleveur**

NOM	PRENOM	NIR si non connu, renseigner le numéro suivant : 1 55 55 55 CCC 023	COTATION AMI 3.1	PRIX UNITAIRE 9.77	QUANTITE
			TOTAL		