



DEMANDE D'ANALYSE DE MIL
N° chrono/mois/année PAR
MEDECINS SANS FRONTIERES SECTION (MSF)
AUPRES DE NOM DU LABORATOIRE

I- Client :

Médecins Sans Frontières **Section**
Adresse, nom du contact, n° de téléphone & fax, e-mail

II- Laboratoire :

Précisez les coordonnées du laboratoire (adresse, nom, n° de téléphone & fax, e-mail)

III- Quantité à analyser :

Le laboratoire déterminera la quantité à analyser, en utilisant la règle de la racine carrée du nombre total d'unités, et la précisera à MSF **Section**.

IV- Analyses à effectuer :

| Facteurs de qualité (maximum) | |
|---|------------------|
| Taux d'humidité | 14% |
| Matières étrangères | |
| • Grains entiers | • 2% |
| • Grains décortiqués | • 0.5% |
| Particules minérales (sable, cailloux...) | 1% |
| Grains endommagés (cassés, troués...) | 5% |
| Souillure, saleté | absence |
| Insectes vivants | absence |
| Insectes morts | 15/kg |
| Microbiologie & contaminants (maximum) | |
| Salmonelles | Absence dans 25g |
| Aflatoxines totaux | 4 ppb |

V- Résultats :

Un certificat d'analyses complet, comportant les renseignements suivant, sera remis à MSF:

- type de produit,
- numéro de lot,
- méthode utilisée pour chaque analyse,
- résultats détaillés pour chaque analyse,
- tolérances maximum pour chaque analyse, selon le cahier des charges MSF (voir paragraphe IV)
- La date, le nom et la signature de la personne émettant le rapport.

VI- Paiement :

Le prix total convenu pour l'analyse de **XXkg de type exact de** mil est de **DEVISE XX** (**montant total en toutes lettres DEVISE**)

Le paiement sera effectué par MSF **section** une fois que le(s) certificate(s) d'analyse complet(s) auront été reçus par MSF.

VII- Litiges:

Dans tous les cas MSF **section** et **le laboratoire** tenteront de trouver une solution amiable au problème les opposant.

Dans le cas où MSF et **fournisseur** ne parviennent pas à un règlement amiable, le droit **français** régit les présentes conditions générales.

Lieu, date exacte

Pour MSF **section**
Nom
Fonction

Lieu, date exacte

Pour **le laboratoire**
Nom
Fonction