



**DEMANDE D'ANALYSE 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	Valeur cible max. (d'après le cahier des charges MSF)
Humidité	14%
Matières étrangères	1%
Haricots d'autres variétés	2%
Haricots cassés	4%
Haricots décolorés	3%
Haricots avec trous d'insectes	1%
Insectes vivants	absence
Insectes morts	2/kg
Salmonelles	Absence dans 25g
Aflatoxines totales	4 ppb
Ochratoxine	5 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** haricots 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 pas 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

Lieu, date exacte

Pour MSF **section**

Nom

Fonction

Pour **le laboratoire**

Nom

Fonction