

LABORATOIRE DEPARTEMENTAL D'ANALYSES

EXPLOITANT	FACTURATION
NOM : Prénom :	NOM : Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
.....
.....
.....

INTERMEDIAIRE	
Secteur Contrôle Laitier :	NOM du technicien / Organisme :
.....	Adresse.....
.....
.....
.....

VOTRE ECHANTILLON	Identification :
<input type="checkbox"/> FUMIER	<input type="checkbox"/> LISIER
	<input type="checkbox"/> AMENDEMENT CALCAIRE

ANALYSE DEMANDEE	
FUMIER - LISIER	AMENDEMENT CALCAIRE
<input type="checkbox"/> MS - Azote total - MM - P2O5 - K2O Fum1/Lis1 (*)	<input type="checkbox"/> Humidité
<input type="checkbox"/> Fum1 + Calcium (CaO) + Magnésium (MgO) Fum2	<input type="checkbox"/> Carbonates en CaCO ₃
<input type="checkbox"/> Lis1 + N ammoniacal + CaO + MgO Lis 2	<input type="checkbox"/> Calcium en CaO
<input type="checkbox"/> Ammoniaque	<input type="checkbox"/> Magnésium en MgO
<input type="checkbox"/> Calcium en CaO	
<input type="checkbox"/> Magnésium en MgO	
<input type="checkbox"/> Carbone organique	
<input type="checkbox"/> pH	
<input type="checkbox"/> Cuivre	
<input type="checkbox"/> Zinc	
(*) Fum = fumier / Lis = lisier	
OBSERVATIONS	