

⚠ RÈGLEMENT OBLIGATOIRE AVANT DÉLIVRANCE DES RÉSULTATS

Conformément à nos CGV, **aucun résultat ne sera transmis avant la réception effective de votre paiement** (par chèque joint au colis ou virement bancaire préalable).

1. COORDONNÉES DU DEMANDEUR

NOM :

Prénom :

Raison sociale :

Adresse :

Code postal / Ville :

Mail (MAJUSCULES) :

Téléphone :

2. MODALITÉS DE RÈGLEMENT**Option A : Chèque bancaire**

À joindre dans le colis à l'ordre de IODOLAB (inscrire au dos la référence : INSECTES + votre NOM).

Option B : Virement bancaire

Indiquer obligatoirement la référence INSECTES + votre NOM.

IBAN : FR76 1680 7004 0037 8275 3621 580**BIC : CCBPFRPPGRE****3. SÉLECTION DES PATHOGÈNES RECHERCHÉS (PAR QPCR)****Tarif Bilan Insectes : 40 € HT / 48 € TTC (1ère cible) + 10 € HT / 12 € TTC par cible suivante**

- ☐ Anaplasma spp.
- ☐ Babesia spp.
- ☐ Bartonella henselae
- ☐ Bartonella quintana
- ☐ Bartonella spp.
- ☐ Borrelia burgdorferi s.l.
- ☐ Ehrlichia spp.
- ☐ Encéphalite à tiques (TBEV)

- ☐ Borrelia hermsii
- ☐ Borrelia miyamotoi
- ☐ Brucella spp.
- ☐ Candida spp.
- ☐ Coxiella burnetii
- ☐ Leishmania spp.
- ☐ Francisella tularensis
- ☐ Plasmodium falciparum

- ☐ Mycoplasma spp.
- ☐ Rickettsia spp.
- ☐ Theileria spp.
- ☐ Virus de la Dengue (DENV)
- ☐ Virus du Chikungunya (CHIKV)
- ☐ Virus Zika (ZIKV)
- ☐ Virus du Nil Occidental (WNV)

4. CONSIGNES D'ENVOI IMPÉRATIVES

- Placer l'insecte (vivant/mort) dans un sachet zippé hermétique.
- Aucun produit chimique (éther, javel, désinfectant).
- Placer le sachet dans une enveloppe à bulles avec le bon.
- Au froid (2 à 3 j max) si non expédié de suite. Ne pas congeler.

5. ADRESSE D'EXPÉDITION & DÉLAIS

Expédier votre colis dès que possible à :

Laboratoire IODOLAB**3 Route des Pierres Blanches, 69290 Grézieu-la-Varenne****Résultats par mail sous 5 jours ouvrés dès réception du colis ET du paiement.**

Accord d'analyse et de prise en charge des coûts : Par ma signature, j'accepte que le laboratoire IODOLAB réalise l'analyse sollicitée transmise à mes frais par voie postale. Je suis conscient(e) que l'analyse n'est pas prise en charge par le système de santé conventionnel. Je m'engage à prendre à ma charge les frais susmentionnés. **Je prends note que les résultats ne seront transmis qu'une fois le paiement effectué.**

Date : ____ / ____ / 20__

Signature du demandeur :