irda Institut de recherche et de développement en agroenvironnement
Laboratoire d'analyse biologique

Adresse d'envoi des échantillons : *Samples must be shipped to :*
IRDA - LAB Analyse PDT
2700 rue Einstein bur. D.1.110
Québec (Québec)
Canada G1P 3W8
Tél. : (418) 643-2334

Description des échantillons soumis pour épreuves de dépistage approuvées par le PCSQ /
Description of the samples submitted for potato diseases testing approved by PCSQ

Demande N°/ Request No

PCSQ : Programme de certification des pommes de terre de semence du Québec

Page __ de __

ÉPREUVES DEMANDÉES / *TESTING REQUESTED* **(Cochez toutes les épreuves demandées) /** *(Check all type of tests requested)* :		
Flétrissement bactérien / *Bacterial ring rot* **:**	☐ **FB** */BRR* **(ELISA)**	
Analyses Post-récolte / *Post-harvest testing*	☐ **PVY-PLRV (RT-PCR)**	☐ **PVY-PLRV (ELISA)**
Autres épreuves (spécifiez) / *Other type of tests (specify)*:		

Nom du producteur ou de l'entreprise et adresse à laquelle le rapport d'analyse et la facture doivent être transmis / *Grower's or Company name and address where the test report and the billing invoice will be sent :*					
Nom du responsable / *Representative's name*		Tél./ *Tel*		Télec /*Fax.*	

Item	Numéro de certification/ *Certification number* (14 digits)	**Description des échantillons soumis pour épreuves de dépistage** [1] *Description of samples submitted for testing* [1]						**Nombre à tester**[4] *Sample to test*	
		Variété/ *Variety*	Classe/ *Class*	Dimension du champ/ *Field size*	Prélèvement/ *Collection* (date)	Type[2] / *Sample type*[2]	Nombre [3] / *Sample size*[3]	**Virus** PVY / *PLRV*	**FB / BRR**

Remarques / *Remarks*:

IMPORTANT :

[1] L'épreuve des échantillons nécessite ce formulaire dûment rempli et signé. / *No sample will be tested without this form completed and signed.*

[2] Type d'échantillons / *Sample types* (Inscrire la lettre correspondante / *Use letter in bracket*) : Cône /*Core* (C), Feuille / *Leaf* (F), Germe / *Sprout* (G), Plantule / *Plantlet* (P), Section tige / *Stem section* (S), Tubercule / *Tuber* (T).

[3] Veuillez soumettre un nombre d'échantillon supérieur d'au moins 10% au nombre minimal requis./ *Please submit 10 % more sample units than required.*

[4] Veuillez indiquer le nombre d'échantillon à soumettre au test Virus (PVY / PLRV) et FB / *Please indicate the sample size to be tested for Viruses (PVY / PLRV) and BRR.*

Signature du requérant ou de son représentant/ *Grower or representative's signature*

Date (année/mois/jour)/ *(year/month/day)*

NOTE : Afin d'alléger la lecture, le genre masculin est utilisé sans discrimination.

©IRDA Fichier : Doc_Descript echant_bilingue v2.0