



# Catalogue

## Laboratoires d'analyses médicales

**L'imprimeur des LABM depuis plus de 35 ans**  
**Plus de 900 laboratoires d'analyses nous font confiance**



**Une large gamme d'imprimés dédiés aux laboratoires d'analyses**  
**Des devis rapides / Des tarifs compétitifs / Un interlocuteur unique**  
**Un studio de création intégré / Une équipe de production expérimentée**  
**Un parc machines performant**



# Étiquettes en planches pour fiches d'accueil

## Étiquettes en planches

**A5 (210 x 148 mm) et A5<sup>+</sup> (210 x 190 mm)**

boîte de 1 000

38 x 20				
				42 x 25

Fiche A5<sub>A</sub> / Réf. 316

48 x 23				

Fiche A5<sub>B</sub> / Réf. 317

40 x 22				
				60 x 25

Fiche A5<sup>+</sup> / Réf. 319

## Étiquettes en planches

**A4 (210 x 297 mm)**

boîte de 500

40 x 31			
		80 x 31	
80 x 42			
160 x 122			

Fiche A4 / Réf. 312  
Infobio et Bio-système

48 x 25			

Fiche A5 / Réf. 318

Impression laser et jet d'encre

Garantie sans fluage

(réserve de colle sur les 4 côtés pour une lisière sans adhésif)

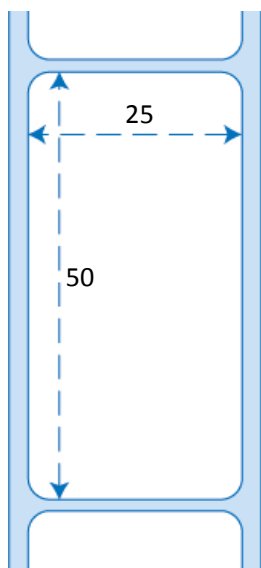
Modèles standards en stock  
Livraison 48h

Pour un modèle spécial, n'hésitez pas à contacter  
Christine au 05 65 61 57 95 - [cvernieres@dataforms.fr](mailto:cvernieres@dataforms.fr)



# Étiquettes en rouleaux pour tubes d'analyses

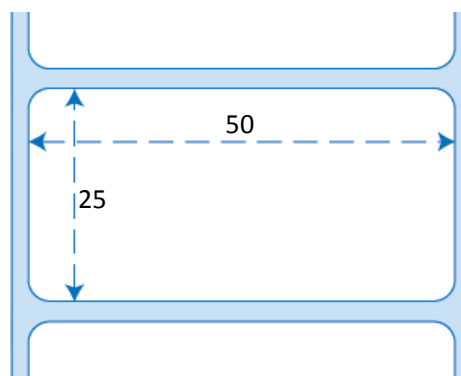
## Étiquettes 50 x 25 mm rouleaux de 750 étiquettes



Réf. 324

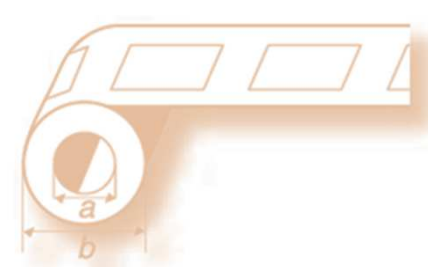
Ø mandrin (a) = 76 mm  
Ø rouleau (b) = 170 mm

## Étiquettes 25 x 50 mm rouleaux de 2 000 étiquettes



Réf. 326

Ø mandrin (a) = 40 mm  
Ø rouleau (b) = 80 mm



■ Impression thermique

Modèles standards en stock  
Livraison 48h

Pour un modèle spécial, n'hésitez pas à contacter  
Christine au 05 65 61 57 95 - [cvernieres@dataforms.fr](mailto:cvernieres@dataforms.fr)



# Feuilles de résultats

**Impression 1 à 4 couleurs**

**Pour imprimantes laser et jet d'encre**

**Format A4 (210 x 297 mm) / papier 80 g**

**Conditionnement par 2 500 feuilles**



LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE

BioLittoral

www.biolittoral.fr SIREN : 524770294 siège social : 1082 Chemin de Sainte Trinité

**GENIS  
BIO**

**GENIS  
BIO** | LABORATOIRE DE BRIGNAIS-CENTRE, 7 Place Ernie et Antoine Gamboni 69530 BRIGNAIS - Tél : 04 78 05 53 51 - Fax : 04 78 05 08 63  
LABORATOIRE DE FRANCHVILLE, 23 Grande Rue 69340 FRANCHVILLE - Tél : 04 78 58 84 01 - Fax : 04 78 59 37 68  
LABORATOIRE DE ST GENIS LAVAL, 10 Place Mathieu Jaboulay 69230 ST GENIS LAVAL - Tél : 04 78 56 27 50 - Fax : 04 72 35 35 22  
SELAM, Genis Bio au capital de 159 800 Euros - Siège social : 110 Place Jaboulay - 69230 ST GENIS LAVAL - 489 916 904 RCS Lyon - Autorisation N°59-05

**Pour un modèle spécial, n'hésitez pas à contacter  
Christine au 05 65 61 57 95 - cvernieres@dataforms.fr**



# Enveloppes personnalisées

Impression 1 à 4 couleurs

Enveloppes 220 x 100 mm avec fenêtre 45 x 100 ou 35 x 100 (20/20) autocollantes avec ou sans bande de protection et

Enveloppes 162 x 229 mm avec fenêtre 45 x 100 (20/60) autocollantes avec bande de protection

Conditionnement par boîte de 500 enveloppes



Pour un modèle spécial, n'hésitez pas à contacter  
Christine au 05 65 61 57 95 - [cvernieres@dataforms.fr](mailto:cvernieres@dataforms.fr)



# Cartes de groupe sanguin personnalisées

Carte pré-personnalisée (coordonnées, logo et autre), découpée et intégrée dans une lettre-support A4, plastifié au verso ou recto/verso


Le laboratoire édite les cartes directement sur son imprimante laser ou jet d'encre

Format ouvert 172 x 54 mm / fermé 86 x 54 mm

Conditionnement par 500 cartes

## Verso de la carte

<p><b>EVOLAB</b> AMNEVILLE • AUDUN LE TICHE • FLORANGE • GUENANGE HAGONDANGE • HAYANGE • JOEUF • LONGWY • MARLY METZ • MONTIGNY LES METZ • MOULINS LES METZ • REMILLY ROMBAS • THIONVILLE • VILLERUPT • WOIPPY • YUTZ</p> <p><b>VAL DE MEUSE</b> JARNY • LONGUYON • SAINTE MENEHOULD VERDUN</p> <p>Une carte de groupe sanguin n'est valide qu'après 2 déterminations.</p>	 <p>LABORATOIRES D'ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE</p> <p><b>carte de groupe sanguin</b></p>
--	---

<p><b>EVOLAB</b> AMNEVILLE • AUDUN LE TICHE • FLORANGE • GUENANGE HAGONDANGE • HAYANGE • JOEUF • LONGWY • MARLY METZ • MONTIGNY LES METZ • MOULINS LES METZ • REMILLY ROMBAS • THIONVILLE • VILLERUPT • WOIPPY • YUTZ</p> <p><b>VAL DE MEUSE</b> JARNY • LONGUYON • SAINTE MENEHOULD VERDUN</p> <p>Une carte de groupe sanguin n'est valide qu'après 2 déterminations.</p>	 <p>LABORATOIRES D'ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE</p> <p><b>carte de groupe sanguin</b></p>
--	---

Modèle plastifié au dos – carte 172 x 54 mm

Pour un modèle spécial, n'hésitez pas à contacter  
Christine au 05 65 61 57 95 - [cvernieres@dataforms.fr](mailto:cvernieres@dataforms.fr)



# Cartes de groupe sanguin standards

Modèle cartonné (160 g) imprimé en 1 couleur recto/verso

Format ouvert 160 x 110 mm / fermé 80 x 110 mm

Conditionnement par 1 000 cartes

**Carte de GROUPE SANGUIN**

RECHERCHE D'ANTICORPS INDIVIDUELS, CROSSAGES, FAUSSES COUCHES, etc...

DATE	RÉSULTATS	NOM MÉDECIN, LABORATOIRE ou ÉTABLISSEMENT

TRANSFUSIONS

DATE	NOMBRE, NATURE ET GROUPE OBSERVATIONS	NOM MÉDECIN, LABORATOIRE ou ÉTABLISSEMENT

Carte Transfus

Nous vous conseillons de conserver sur vous, avec vos papiers d'identité, cette carte de groupe sanguin.

La connaissance de votre groupe facilitera toute transfusion qui vous serait nécessaire.

Photo

**CARTE DE GROUPE SANGUIN**

 **LABORATOIRES  
BIOPOLE 33**

**CETTE CARTE NE CONFÈRE PAS LA QUALITÉ DE DONNEUR DE SANG**

Nous vous conseillons de conserver sur vous, avec vos papiers d'identité, cette carte de groupe sanguin.

La connaissance de votre groupe facilitera toute transfusion qui vous serait nécessaire en cas d'accident.

Laboratoire Bordière de Bidouze - 20, rue Armand Lamoignon 33800 Bordenave  
Tel. 05 56 85 46 00 - Fax 05 56 49 05 74  
Laboratoire Biopole - 106, Cours Gambetta 33800 Talence  
Tel. 05 56 04 05 49 - Fax 05 56 04 45 53  
Laboratoire du Parc de la Maye - 4, rue Mirat Darney 33140 Villeneuve d'Ornon  
Tel. 05 56 87 21 00 - Fax 05 56 87 19 71

Pour un modèle spécial, n'hésitez pas à contacter  
Christine au 05 65 61 57 95 - [cvernieres@dataforms.fr](mailto:cvernieres@dataforms.fr)



# Fiche de prélèvement

Plusieurs formats possibles, contactez-nous

	<b>Préconisations Recherche de sang dans les Selles</b> <small>Dans le cadre de votre démarche qualité, les résultats obtenus sont à interpréter avec précaution. Merci de nous transmettre de votre accord à l'identification complète du patient.</small>	Anise <input type="checkbox"/> St Rambert Bron <input type="checkbox"/> Tassin Duchère <input type="checkbox"/> Tignes Eddy <input type="checkbox"/> Vaulx Jallans <input type="checkbox"/> Valfrey Larnas <input type="checkbox"/> Valromey Locraine <input type="checkbox"/> Valromey Neaurille <input type="checkbox"/> Valromey Site Fay / Argentan <input type="checkbox"/>
	<p>La recherche de sang dans les selles a pour objet de mettre en évidence un saignement occulte, et permet le dépistage de pathologies gastro-intestinales ( cancers colorectaux, polypes etc ... )</p> <p><b>PRECONISATIONS POUR LE PRELEVEMENT</b>          Cet examen est à effectuer à distance d'au moins trois jours de la période menstruelle, chez la femme (avant et après).</p> <p>Ne pas effectuer le recueil en cas de saignement hémorroïdaire.</p> <p>L'alcool, l'aspirine ou d'autres médicaments irritants pour l'appareil gastro-intestinal peuvent provoquer des saignements. Ne pas effectuer si prise de médicaments contenant de l'aspirine (acide acétylsalicylique) à une posologie &gt; 1g).</p> <p>Régime alimentaire non nécessaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Recueillir les selles dans le flacon fourni par le laboratoire.</b> (quantité minimum : une grosse noix de selle, éviter la contamination par l'eau des toilettes, et l'urine)</li> <li>● <b>Identifier le flacon avec votre nom et prénom</b></li> <li>● <b>Noter la date et l'heure du recueil ci-dessous</b></li> <li>● <b>Déposer le flacon au laboratoire dans les plus brefs délais</b></li> <li>● A défaut, il peut être conservé 1 jour à température ambiante, ou 2 jours au réfrigérateur (+4°C)</li> </ul>	
<b>PATIENT :</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <b>Nom :</b> _____ <b>Prénom :</b> _____ <b>Nom de naissance :</b> _____ <b>Date de naissance :</b> _____ <b>Adresse :</b> _____ <b>Tél :</b> _____ <b>Adresse mail :</b> _____		
<b>RESULTATS :</b> <b>PATIENT :</b> <input type="checkbox"/> au labo <input type="checkbox"/> à poster <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> à la pharmacie de : _____ Echantillon : N°1 <input type="checkbox"/> Date et heure : _____ N°2 <input type="checkbox"/> Date et heure : _____ N°3 <input type="checkbox"/> Date et heure : _____ Merci de joindre l'ordonnance		
<b>TRANSMISSION ECHANTILLON</b> Transmis par : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> ETS <input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> Pharmacie de : _____ <b>RECEPTION (réservé au laboratoire)</b> Conformité : Par : _____ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non NC N°: _____ <small>REFERENCE : PREA / PVT / FORM006 / V01</small>		

	<b>Préconisations Recueil des Selles</b> <small>(Coproculture et parasitologie des selles)          Dans le cadre de votre démarche qualité, les résultats obtenus sont à interpréter avec précaution. Merci de nous transmettre de votre accord à l'identification complète du patient.</small>	Anise <input type="checkbox"/> St Rambert Bron <input type="checkbox"/> Tassin Duchère <input type="checkbox"/> Tignes Eddy <input type="checkbox"/> Vaulx Jallans <input type="checkbox"/> Valfrey Larnas <input type="checkbox"/> Valromey Locraine <input type="checkbox"/> Valromey Neaurille <input type="checkbox"/> Valromey Site Fay / Argentan <input type="checkbox"/>
	<p>La coproculture et la parasitologie des selles ont pour objet de mettre en évidence l'agent responsable d'une diarrhée infectieuse.</p> <p><b>PRECONISATIONS POUR LE PRELEVEMENT</b>          ● Cet examen est à effectuer, si possible, lors des épisodes diarrhéiques. Il est souhaitable de faire cet examen avant tout traitement antibiotique.          ● <b>Recueillir les selles dans le flacon stérile fourni par le laboratoire.</b> (Quantité minimum : deux grosses noix de selles)          ● <b>Identifier le flacon avec votre nom et prénom.</b>          ● <b>Noter la date et l'heure du recueil ci-dessous.</b>          ● <b>Déposer le flacon au laboratoire dans les plus brefs délais à température ambiante.</b>          ● A défaut, il peut être conservé 12 heures au réfrigérateur (+4°C).</p>	
<b>PATIENT :</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <b>Nom :</b> _____ <b>Prénom :</b> _____ <b>Nom de naissance :</b> _____ <b>Date de naissance :</b> _____ <b>Adresse :</b> _____ <b>Tél :</b> _____ <b>Adresse mail :</b> _____ <b>Date du recueil :</b> _____ <b>Heure du recueil :</b> _____ Le prélèvement a-t'il été conservé au réfrigérateur ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<b>RESULTATS :</b> <b>PATIENT :</b> <input type="checkbox"/> au labo <input type="checkbox"/> à poster <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> à la pharmacie de : _____ <b>PRENEZ SOIN DE VOTRE SANTE EN REPONDANT AUX QUESTIONS SUIVANTES :</b> Avez-vous récemment (moins d'un an) voyagé dans un pays étranger <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, lequel ? : _____ Prenez-vous un traitement médicamenteux en rapport avec l'analyse (antibiotique, ultra-levure ...) ? Si oui, lequel ? : _____ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Quels symptômes présentez-vous : <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhées <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Perte de poids Avez-vous, dans votre entourage, une personne qui présente les mêmes symptômes que vous ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Merci de joindre l'ordonnance		
<b>TRANSMISSION ECHANTILLON</b> Transmis par : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> ETS <input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> Pharmacie de : _____ <b>RECEPTION (réservé au laboratoire)</b> Conformité : Par : _____ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non NC N°: _____ <small>REFERENCE : PREA / PVT / FORM 005 / V01</small>		

	<b>Préconisations Recueil d'urines pour ECBU</b> <small>(Examens Cytobactériologie des Urines)          Dans le cadre de votre démarche qualité, les résultats obtenus sont à interpréter avec précaution. Merci de nous transmettre de votre accord à l'identification complète du patient.</small>	Anise <input type="checkbox"/> St Rambert Bron <input type="checkbox"/> Tassin Duchère <input type="checkbox"/> Tignes Eddy <input type="checkbox"/> Vaulx Jallans <input type="checkbox"/> Valfrey Larnas <input type="checkbox"/> Valromey Locraine <input type="checkbox"/> Valromey Neaurille <input type="checkbox"/> Valromey Site Fay / Argentan <input type="checkbox"/>
	<p>L'examen cyto-bactériologique des urines est un examen simple permettant de dépister les infections urinaires et de déterminer le germe en cause. A effectuer sur les premières urines du matin de préférence, sauf urgence. A défaut : prélèvement réalisé au moins 4 heures après la dernière miction.</p> <p><b>PRECONISATIONS POUR LE PRELEVEMENT</b>          ● Se laver les mains.          ● Faire une toilette soignée au niveau du méat urinaire à l'aide d'une lingette désinfectante remise par le laboratoire ou à l'aide d'un savon antiseptique ou de solution de Dakin.          ● Ne pas toucher l'étiquette sur le couvercle. Dévisser le couvercle sans toucher la canule intérieure.          ● Eliminer le premier jet dans les toilettes.          ● Uriner ensuite directement dans le flacon stérile et le refermer soigneusement.          ● Identifier le flacon avec votre nom et prénom.          ● Noter la date et l'heure de recueil ci-dessous.          ● Déposer le flacon au laboratoire dans les plus brefs délais : 2 heures à température ambiante.          A défaut, il peut être conservé 12 heures au réfrigérateur (+4°C)</p>	
<b>PATIENT :</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <b>Nom :</b> _____ <b>Prénom :</b> _____ <b>Nom de naissance :</b> _____ <b>Date de naissance :</b> _____ <b>Adresse :</b> _____ <b>Tél :</b> _____ <b>Adresse mail :</b> _____ <b>Date du recueil :</b> _____ <b>Heure du recueil :</b> _____ Le prélèvement a-t'il été conservé au réfrigérateur ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<b>RESULTATS :</b> <b>PATIENT :</b> <input type="checkbox"/> au labo <input type="checkbox"/> à poster <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> à la pharmacie de : _____ <b>PRENEZ SOIN DE VOTRE SANTE EN REPONDANT AUX QUESTIONS SUIVANTES :</b> <input type="checkbox"/> Urines 2ème jet <input type="checkbox"/> Sonde à demeure <input type="checkbox"/> Sondage <input type="checkbox"/> Urinocol <b>Présentez-vous des signes d'infection urinaire (fièvre, brûlures, envie fréquente d'uriner, sang dans les urines, douleurs lombaires) ?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Traitement antibiotique : <input type="checkbox"/> Avant le recueil <input type="checkbox"/> Si oui, lequel : _____ <input type="checkbox"/> Après le recueil <input type="checkbox"/> Si oui, lequel : _____ S'agit-il d'un : <input type="checkbox"/> Contrôle après Traitement <input type="checkbox"/> Bilan <input type="checkbox"/> systématique <input type="checkbox"/> préopératoire <input type="checkbox"/> postopératoire Contexte : <input type="checkbox"/> chimiothérapie <input type="checkbox"/> grossesse <input type="checkbox"/> ATCD chirurgie urologique Merci de joindre l'ordonnance		
<b>TRANSMISSION ECHANTILLON</b> Transmis par : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> ETS <input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> Pharmacie de : _____ <b>RECEPTION (réservé au laboratoire)</b> Conformité : Par : _____ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non NC N°: _____ <small>REFERENCE : PREA / PVT / FORM 001 / V01</small>		

Modèles A5 (210 x 148,5 mm)

Pour un modèle spécial, n'hésitez pas à contacter Christine au 05 65 61 57 95 - cvernieres@dataforms.fr





# Fiche de suivi de prélèvement

Plusieurs formats possibles, contactez-nous

Modèles A4 (210 x 297 mm)

MU-PREA-DE-004-11 FICHE DE TRANSMISSION ECHANTILLONS 90001

IDENTIFICATION PATIENT CONFORME = RENSEIGNER  
TOUS LES CHAMPS EN ORANGE + NOM PRENOM SEXE DATE DE NAISSANCE SUR LE TUBE

MEDECIN TRAITANT :

Sexe H F

Nom d'usage

Nom de Naissance

Prénom

Date de Naissance

Heure dernier repas

Diffusion résultat Mail PTT Infirmier Laboratoire Internet

Nom IDE

Date prél.

Heure prél.

Type sang urine selles autre

Facturation PS DPL

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS: Recommandés pour tout nouveau patient ou changement de régime Sécu. et/ou Mutuelle

Adresse:

N° Sécurité Sociale: Centre: TEL: Fix: Mobile: Mail:

100% ALD 100% AT 100% MAT 100% INV 60% AUTRES:

Mutuelle: N° Préfectoral / AMC / Télétransmission:

PATHOLOGIE CONNUE ou PRESENT

TRAIEMENT AVK Préviscan® Sinton® Coumadine® Possologie: Cible:

DOSAGE DE MEDICAMENTS Nom: Possologie: H. dernière prise:

DDR (si HCG ou hormones)

TRAIEMENT pour la thyroïde

TRAIEMENT ANTIBIOTIQUE

COMMENTAIRES:

Prélèvement difficile:  OUI  NON

90001 A transmettre H F 90001 H F 90001 H F 90001 H F

TROPONINE URGENT N: P: DN: N: P: DN: N: P: DN: N: P: DN:

D-DIMÈRES LITHIUM/XXA PALUDISME <1H <30MIN A coller sur la boîte

90001 H F 90001 H F 90001 H F 90001 H F

N: P: DN: N: P: DN: N: P: DN: N: P: DN:

RESPECTER L'ORDRE DE PRELEVEMENT DES TUBES - HEMOC-BLEU-ROUGE-VIOLET-GRIS

CONSERVER LES ECHANTILLONS ENTRE 18-25°C ET A LA VERTICALE

RESPECTER LE DELAI D'ACHEMINEMENT < 3 HRES - Sauf Ithium < 1 HRE - Anti Xa < 1 HRE sur citrate de NA et < 4 HRES sur CTAD

TROPONINE et D-DIMÈRES A TRANSMETTRE DANS LES 30 MIN

VOUS AVEZ UN DOUTE SUR UN EXAMEN ? N'HESITEZ PAS A NOUS TELEPHONER (Rappel: Groupe Sanguin/RAI PROCEDURE A SUIVRE)

RESERVE AU LABO : CONFORME OUI/NON EDTA: SEC: GRS: BLEU: DIVERS:

Heure de Dépôt par IDE: Réceptionné par: à: HCENT1: HCENT2:

MU-PREA-DE-004-11 COUPON RESULTAT PATIENT

Nom: Prénom: Date:

N'HESITEZ PAS A JOINDRE LE BIOLOGISTE DE VOTRE LABORATOIRE

Cavillon 04.90.71.15.78-04.90.71.05.86/Entraigues 04.90.83.12.19/LeThor 04.90.33.90.04/Montfavet 04.90.32.25.86/Le Pontet 04.90.32.29.18/Morières 04.90.33.38.43/Pernes 04.90.66.41.01/Salon 04.90.42.31.08/Sarrians 04.90.65.41.78/St Saturnin 04.90.22.21.80

N'HESITEZ PAS A CONSULTER VOS RESULTATS : www.bio-samts.com

IDENTIFIANT : COMMUNIQUÉ PAR SMS MOT DE PASSE : 90001

8 étiquettes adhésives intégrées

Numérotation des étiquettes intégrées


Bon à découper « Résultat patient »

Pour un modèle spécial, n'hésitez pas à contacter Christine au 05 65 61 57 95 - cvernieres@dataforms.fr



# Bloc - date résultats d'analyses

Plusieurs formats possibles, contactez-nous

  
**néolab** | Laboratoire de biologie médicale

les résultats de vos analyses seront prêts à partir de :

[www.neolab.fr](http://www.neolab.fr)

Lundi	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>
Mercredi	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>
Samedi	<input type="checkbox"/>

Résultats pouvant être différé

Par souci de confidentialité, ce document sera demandé à la personne qui viendra chercher vos résultats.  
Sauf cas particuliers, les résultats ne sont pas transmis par téléphone

Recto

Modèle – recto/version – 90 x 90 mm

**néolab Anse**  
tél. 04 74 09 96 32

**néolab Bron**  
tél. 04 78 26 36 57

**néolab Duchere**  
tél. 04 78 35 31 13

**néolab Ecully**  
tél. 04 78 33 52 05

**néolab Jassans**  
tél. 04 74 60 82 15

**néolab Limas**  
tél. 04 74 09 44 55

**néolab Lozanne**  
tél. 04 78 43 79 79

**néolab Neuville**  
tél. 04 72 08 34 54

**néolab St Rambert**  
tél. 04 78 43 42 22

**néolab Tassin**  
tél. 04 78 34 25 35

**néolab Trévoux**  
tél. 04 74 00 96 90

**néolab Vaise**  
tél. 04 78 83 77 30

**néolab Valmy**  
tél. 04 78 47 79 47

**néolab Vienne**  
tél. 04 74 53 76 50

**néolab Villefranche**  
tél. 04 74 68 13 73

**néolab Ste Foy l'Argentière**  
tél. 04 78 34 36 99

**néolab Villeurbanne Charpennes**  
tél. 04 78 24 30 30

Verso

Pour un modèle spécial, n'hésitez pas à contacter  
Christine au 05 65 61 57 95 - [cvernieres@dataforms.fr](mailto:cvernieres@dataforms.fr)



**L'imprimeur des LABM depuis plus de 35 ans**  
**Plus de 900 laboratoires d'analyses nous font confiance**



ZI • Rue Calixtine Bac • BP 80450 • 12104 MILLAU Cedex  
Tél. 05 65 61 20 21 • Fax 05 65 59 11 11 • [contact@dataforms.fr](mailto:contact@dataforms.fr)

SAS au capital de 381 045 € • Siret 301 642 856 00019 • APE 1812Z

**[www.dataforms.fr](http://www.dataforms.fr)**

votre contact

Christine au 05 65 61 57 95 - [cvernieres@dataforms.fr](mailto:cvernieres@dataforms.fr)