



DEMANDE D'ANALYSE



Activation Laboratories Ltd.

41 Bittern Street • Ancaster, ON • L9G 4V5 • Tél: (905) 648-9611 • Téléc: (905) 648-9613 • Sans frais: 1-888-ACTLABS • Courriel: samplerception@actlabs.com

| | | | |
|--|-----------------|---|----------------------|
| Transporteur: | # de bordereau: | Nbre de colis: | Nbre d'échantillons: |
| Pour usage interne seulement Date reçu: | | Temps reçu: initiale: | |
| # de lot: | | # de factura: | |
| Priorité: <input type="checkbox"/> Normal (peut varier selon colis et moment – veuillez vous informer) <input type="checkbox"/> RAPIDE (requis par) _____ (Note: sujet à supplément, selon méthode) | | Accusé de réception des échantillons?: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Par courriel: _____ Par télécopieur: _____ | |

Information sur le client : # de lot du client: _____ # d'expédition: _____
 # de l'estimation, # de CP, # de pro forma: _____ Projet: _____

| | |
|---------------------------|------------------------------|
| Compagnie: _____ | Rapport additionnel à: _____ |
| A/s: _____ | Compagnie: _____ |
| Adresse: _____ | Adresse: _____ |
| Tél.: _____ Téléc.: _____ | Tél.: _____ Téléc.: _____ |
| Courriel: _____ | Courriel: _____ |

Mode de paiement: Pour tous les clients, à moins que le crédit a été mis en place, une forme appropriée de paiement doit être reçu avant que les résultats seront publiés.

Paiement est inclus (faire chèque ou traite bancaire payable à Activation Laboratories Ltd.)
 Utiliser une nouvelle carte de crédit (les détails sont fournis dans la boîte à droite).
 Utiliser la carte de crédit déjà inscrite dans le dossier.
 Contrat de crédit établi avec Activation Laboratories Ltd. (veuillez remplir le formulaire Demande de crédit ACTLABS). Le paiement sera émis suite à la réception de la facture.

Visa MasterCard AmExpr.
 No carte: _____
 Échéance: _____
 CVV: _____
 Nom: _____

Directives d'envoi de la facture: Les rapports et les factures sont envoyées par courriel, sauf indication contraire.

La facture: Copie papier 1ière adresse 2ième adresse
 Le rapport: Copie papier 1ière adresse 2ième adresse

Signature: _____
 conserver les informations de la carte de crédit pour cette commande et toute autre commande future.

Entreposage:
Veuillez noter: un permis est requis afin de retourner des substances radioactives – le coût de livraison est 200,00 \$ + frais de manutention. L'ACIA requiert que tout échantillon de sol, de sédiment et de végétation provenant de l'extérieur du Canada soit incinéré avant leur élimination; des frais supplémentaires s'appliquent.

| | Retour | | Élimination (0,45 \$ /éch) | Entreposage |
|----------|--|---|---|--|
| Rejetés | <input type="checkbox"/> après analyse | <input type="checkbox"/> après 60 jours | <input type="checkbox"/> après 60 jours | <input type="checkbox"/> 0,30 \$/éch./mois |
| Pulpes | <input type="checkbox"/> après analyse | <input type="checkbox"/> après 90 jours | <input type="checkbox"/> après 90 jours | <input type="checkbox"/> 0,15 \$/éch./mois |
| Tamis | <input type="checkbox"/> après analyse | <input type="checkbox"/> après 3 mois | <input type="checkbox"/> après 3 mois | <input type="checkbox"/> 0,20 \$/éch./mois |
| Irradiés | <input type="checkbox"/> après analyse | <input type="checkbox"/> après 30 jours | <input type="checkbox"/> après 30 jours | <input type="checkbox"/> 0,20 \$/éch./mois |

| | |
|---|--|
| Retourner les échantillons à : Compagnie: _____ Adresse: _____ A/s: _____ Tél.: _____ | Mode de retour des échantillons: <input type="checkbox"/> Aux frais du client au prix coûtant + 15% (le client sera facturé) <input type="checkbox"/> Notre compte de transporteur: Nom du transporteur: _____ # de compte: _____ Téléphone: _____ |
|---|--|

Directives supplémentaires/commentaires: _____

Pour les échantillons exigeant une analyse géochronologique et/ou géochimique isotopique, veuillez vous assurer d'inclure les informations:

- Type de roche: _____
- Minéraux devant être séparés, spécifier: _____
- Âge estimé: _____

Signature autorisée: _____

