



Demande de soumission personnalisée

Échantillonnages d'eau potable

Coordonnées de facturation :

_____	Tel.:	_____
_____	Cell.:	_____
_____	Fax.:	_____
_____	@	_____

Numéro de votre réseau : _____

Numéro d'approvisionnement : _____

Dates d'ouvertures et fermetures de votre saison : _____

Sans objet (Municipal)

Nombre de puits : _____ Nombre d'extrémités : _____

Type de traitement :

Type d'approvisionnement :

Eau souterraine :

Eau de surface :

Nombre de mètres de conduite sur la totalité de votre réseau : _____

Chlore / Chloramine :

UV :

Ozone :

Bioxyde de chlore :

Aucun :

Exigences du MDDELCC :

Analyses demandées :	Qté annuelles
Bactériologie : 2 / mois	
Turbidité : 1 / mois	
Inorganiques (15 substances) : 1 / an entre juillet et octobre	
Nitrites et nitrates : 4 / an trimestriel sauf saisonnier	
Plomb et cuivre : 2 / an	
pH, eau de surface : 4 / an trimestriel sauf saisonnier	
THM, eau chlorée : 1 / an	
Chlore résiduel, libre et total, eau chlorée ou chloraminée : même temps que bactério	
Chlorites, chlorates, eau bioxyde de chlore : 4 / an trimestriel sauf saisonnier	
Bromates, ozone : 4 / an trimestriel sauf saisonnier	