



## ENGAGEMENTS ET SIGNATURE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable de l'établissement,

– certifie l'exactitude de l'ensemble des informations fournies dans le présent formulaire ;

– sollicite la reconnaissance du laboratoire désigné ci-dessus en vue de s'assurer de l'absence d'infection par le virus de l'influenza aviaire.

Je m'engage à suivre toute session de formation pour le transfert de méthodes, organisée par le LNR, si j'utilise les méthodes développées par le LNR et reconnues par le ministère chargé de l'agriculture (DGAL)

Je m'engage à participer aux essais interlaboratoires d'aptitude correspondants proposés par le LNR.

Je m'engage à suivre toute session de formation aux méthodes de diagnostic de laboratoire de l'influenza aviaire et à leur interprétation organisée à l'initiative du LNR.

Dès la délivrance de la reconnaissance, je m'engage à ce que le laboratoire et les équipes dont j'ai la responsabilité :

– respectent les critères fixés par les articles R. 202-22 à R. 202-32 du code rural et de la pêche maritime et ceux relatifs aux laboratoires d'analyse d'autocontrôles décrits dans l'arrêté en application duquel j'effectue la présente demande de reconnaissance ;

– réalisent les analyses de recherche pour lesquelles la reconnaissance est demandée selon les méthodes reconnues par le ministre chargé de l'agriculture (direction générale de l'alimentation) ;

– entretiennent en permanence leur compétence pour le type d'analyse faisant l'objet de la reconnaissance, notamment par la participation aux processus d'évaluations techniques liés à cette reconnaissance ;

– effectuent une demande d'accréditation pour tout domaine analytique pour lequel cette démarche aurait été rendue obligatoire ;

– informent, au moins 3 mois à l'avance, le ministre chargé de l'agriculture (Direction générale de l'alimentation) de toute décision d'arrêter ou de suspendre la réalisation des analyses d'auto contrôles faisant l'objet de la présente reconnaissance.

Je suis informé(e) que mon établissement pourra être retiré de la liste des laboratoires reconnus en cas de manquement à l'une de ces conditions.

Fait le |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Signature et cachet de l'établissement

### CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION RÉCÉPISSÉ DE DEMANDE DE RECONNAISSANCE

Date de réception : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| ; Signature et cachet :