|  |
| --- |
| SGS_ISO_9001_FR_TCL_LRSGS_NF_S_96900_round_FR_TCL_LR**CRB Auvergne**  **Responsable : Pr M. BERGER Tél : 04 73 750 697** |

**Demandeur :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom : | Prénom : | Fonction : |
| Pôle – Service – Organisme (nom et adresse) : Tampon : | | |
| Tel : | Fax : |  |
| Adresse mail : | | |

**Ressources biologiques demandées :**

Collection :

Critères de sélection complémentaires :

Type d’échantillon :  Sérum  Plasma  Culot sec  Cellules DMSO

Autre :

Nombre total d’échantillons :       (*cf. identifiés dans le listing des échantillons fourni par le CRB-A*)

Données associées :  NON  OUI *(Fournir les items en annexe)*

Date souhaitée de mise à disposition :       /       /

Etablissement de livraison :

Service ou unité :       Contact :

Adresse :

Conditionnement lors de l’envoi :  Congelé  Décongelé  Autre :

Date :       /       /       Signature :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CADRE RESERVE AU CRB-AUVERGNE** | | | | |
| N° de demande de cession d’échantillon : |  | | | |
| Disponibilité des RB ou collections : | oui | non | | Par : |
| Conformité réglementaire : | oui | non | | Par : |
| Avis : | conforme | non conforme | | Par : |
| Commentaire : |  | | | |
| Date de validation de la demande : | /     / | | Signature : | |