|  |
| --- |
| 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 :  |