

Hôpital Necker Enfants-Malades
CRB-ADN
Tour Lavoisier, 7^{ème} étage
149, rue de Sèvres
75 743 PARIS CEDEX 15
Tél. : 01 44 49 48 42 Fax. : 01 44 49 51 49
E Mail : crb.adn@nck.ap-hop-paris.fr

FICHE DE DEMANDE DE SORTIE D'ECHANTILLON(S)

Demandeur Nom* : Prénom :
Service :
Téléphone :
Mail :

Je demande la sortie de(s) échantillon(s), selon les lois et la réglementation en vigueur et suis conscient des risques que peut comporter ce(s) échantillons.

N° d'identification (sur l'accusé de réception) :

GB(s)* **Lympho(s)*** **Lignée(s)*** (barrer la mention inutile)*
Sortie pour: AP-HP* INSERM* Autre(préciser)*

Je viendrais chercher le ou les échantillons (s) :

Le **MARDI** :

Le **JEUDI** :

Date :

Signature :

***S'il ne s'agit pas du responsable légal du prélèvement, le demandeur doit également fournir l'accord écrit de celui-ci.**