

Date de la demande : /__/__/____/

Nom : _____ Prénom : _____

N° tel prof : /__/__/__/__/__/____/ Mail prof : _____

Coordonnées du laboratoire/de la société

Intitulé du labotatoire : _____

Nom du directeur : _____

Adresse email du directeur ou son secrétariat
(pour le renouvellement de vos autorisations) _____

Equipe de rattachement : _____

Rue : _____

CP : _____ Ville : _____

Coordonnées de la gestionnaire chargée du suivi du devis, de la commande, de la facture

Nom : _____ N° tel : /__/__/__/__/__/____/

Mail : _____

Cochez le ou les services communs souhaités:

<p>BIOSTRUCTURES</p> <p>CRISTALLISATION ET CARACT MOL <input type="checkbox"/></p> <p>MICROSCOPIE ELECTRONIQUE MOLECULAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>PRODUCTION <input type="checkbox"/></p> <p>RAYON X <input type="checkbox"/></p> <p>RESONNANCE MAGNETIQUE NUCLEAIRE <input type="checkbox"/></p>	<p>PLATEFORMES</p> <p>GENOMEAST <input type="checkbox"/></p> <p>CRIBLAGE-HD <input type="checkbox"/></p> <p>INGESTEM <input type="checkbox"/></p> <p>MICROSCOPIE ELECTRONIQUE CELLULAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>MICROSCOPIE PHOTONIQUE <input type="checkbox"/></p>	<p>SERVICES SCIENTIFIQUES</p> <p>ANTICORPS MONOCLONAUX <input type="checkbox"/></p> <p>ANTICORPS POLYCLONAUX <input type="checkbox"/></p> <p>BACULOVIRUS <input type="checkbox"/></p> <p>BIOLOGIE MOLECULAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>CULTURE CELLULES <input type="checkbox"/></p> <p>CYTOMETRIE/FLUX <input type="checkbox"/></p> <p>PROTEOMIQUE <input type="checkbox"/></p> <p>SYNTHESE DE PEPTIDES <input type="checkbox"/></p>
---	---	---

Cadre réservé à l'IGBMC :

Demande d'autorisation jusqu'au :

/__/__/____/

Signature du directeur :

Signature de l'intéressé :

Nom de votre responsable : _____

Signature et cachet de votre responsable :