

	RELATIONS MEDICALES	REME-ENR-10
	ENREGISTREMENT	Version 4
	DEMANDE DE CONVENTION	Page 1/1

 RECUEIL

 DEPOT

### RENSEIGNEMENTS A FOURNIR

Nom Agent : \_\_\_\_\_

Nom établissement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Nom du directeur administratif : \_\_\_\_\_

Nom du correspondant local de biovigilance : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Nom responsable de Dépôt : \_\_\_\_\_  Chirurgien  Pharmacien

Nom gestionnaire de Dépôt : \_\_\_\_\_  SBO  Pharmacien  Autre : \_\_\_\_\_

Lieu de stockage du Dépôt :  Bloc Opératoire  Pharmacie  Autre : \_\_\_\_\_

Lieu de livraison greffons :  Bloc Opératoire  Pharmacie  Autre : \_\_\_\_\_

Convention à envoyer à :  Directeur  Chirurgien  SBO  Agent  Pharmacien

Chirurgiens utilisateurs : 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

Code Produit	Désignation	Quantités
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### SUIVI BIOBANK

Code client : \_\_\_\_\_ Code Agent : \_\_\_\_\_ Code Dépôt BTC : \_\_\_\_\_

Mise en dépôt accordée :  Oui  Non le : \_\_\_\_\_ Visa Dir. Com. :

	RECUEIL	DEPOT
Envoi de la convention le		
Retour de la convention signée, le		
Envoi du dépôt le		