

Date de la demande : /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° tel prof : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_\_\_/ Mail prof : \_\_\_\_\_

**Coordonnées du laboratoire/de la société**

Intitulé du laboratoire : \_\_\_\_\_

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><b>BIOSTRUCTURES</b></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><b>PLATEFORMES</b></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><b>SERVICES SCIENTIFIQUES</b></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 :