

Demande d'accès pour les utilisateurs de la Plateforme de Cytométrie

Demandeur

M ^r , M ^{me} , M ^{lle} :		
Statut <input type="checkbox"/> stagiaire <input type="checkbox"/> M2R <input type="checkbox"/> thésard <input type="checkbox"/> postdoc <input type="checkbox"/> ITA <input type="checkbox"/> chercheur		
Téléphone:		Fax:
E-mail:		
Nom du responsable:		
E-mail:		Téléphone:
Laboratoire:		
Adresse de facturation :		
Coordonnées de la gestionnaire: nom:		mail: tel:

Nature de la prestation

Indiquer en quelques lignes la nature de votre projet:

-
- Mi** **di** **o** **itio** **de** **matériel**
- FACS Canto FACS Symphony
- R** **i** **sat** **o** **n** / **x** **p** **e** **r** **t** **s** **p** **a** **r** **l** **r** **e** **s** **p** **o** **n** **s** **a** **b** **e** **d** **p** **l** **e** **a** **u**
- l** **a** **b** **o** **r** **a** **t** **i** **o** **n** **d** **e** **p** **r** **o** **t** **o** **c** **o** **e** **s**
- Cytométrie Tri cellulaire

Echantillons

Type de marquage:

Nature de l'échantillon:

- Type cellulaire utilisé:
 - Humain
 - Murin
 - Végétal
 - Autres (bactéries, microparticules...)
- Adhérent En suspension
- Fixation: non oui, laquelle?:
- Etes-vous amenés à utiliser des agents pathogènes, si oui lesquels ?

1)- Déclare avoir pris connaissance et accepter les conditions d'accès et d'utilisation de la Plateforme de Cytométrie

2)- Déclare être assuré à titre individuel ou par mon employeur (garanties responsabilité civile et individuelle accident (indemnisation sur dommages corporels).

Date et signature
de l'utilisateur

Date et signature
du chef d'équipe

Date et signature
du responsable de
la plateforme