

Date de la demande:

N° ANALYSE :

Nom* :	Nom et N° Equipe Facturée* :
Téléphone* :	Mail* :
Projet :	Nom gestionnaire* :

***OBLIGATOIRE**
TECHNIQUE(S) REALISEE(S) :

TECHNIQUE	Nombre de lames ou blocs	Remarques	Réservé au plateau (suivi et bilan prestation)
Inclusion en paraffine			
Inclusion en OCT			
Cytospins			
Coupe de lame blanche au microtome (lame fournie par le plateau)			
Coupe de lame blanche au cryostat (lame fournie par le plateau)			
Coupe de lame blanche au microtome (lame fournie par l'utilisateur)			
Coupe de lame blanche au cryostat (lame fournie par l'utilisateur)			
Déparaffinage / Régénération			
IHC sur coupe Cryo (visible)			
IHC sur coupe Paraffine (visible)			
Immuno Fluorescence			
Coloration Histologique : (préciser le nom de la coloration)			
Numérisation : (préciser le grossissement 20X ou 40X)			

Engagements et validation

<u>Demandeur</u> <input type="checkbox"/> Je certifie avoir pris connaissance du document « Conditions d'accès et d'utilisation » mentionnant les modalités des prestations et les engagements des deux parties. <input type="checkbox"/> Je m'engage à citer le service dans le paragraphe « remerciements » ou « matériel et méthodes » des publications émanant de résultats obtenus avec ses équipements ou/et l'intervention du personnel du service, ainsi que dans tout type de communication (posters et présentations orales) Date / / Signature	<u>Service</u> Date / / Signature
--	--