



**Demande de prestation auprès
du CRB du CHU de Montpellier**

RB-9-DE-017

Version : 2

Applicable le : 12-07-2023



Ce formulaire est à compléter, en vue de réalisation d'une (ou de) prestation(s) par le CRB du CHU de Montpellier. La demande sera transmise au Conseil Scientifique du CRB pour validation via le Responsable du CRB du CHU de Montpellier (CRB@chu-montpellier.fr).

Date de la demande (JJ/MM/AAAA) :

Cadre réservé au CRB

Demande reçue le :

Responsable de la thématique CRB concerné :

Tél. :

E-mail :

Demandeur de la prestation (à compléter par le demandeur)

Nom, Prénom :

Fonction/Qualification :

Etablissement :

Service :

Adresse :

Tél. :

E-mail :

Signataire du contrat (à compléter par le demandeur)

Nom, Prénom du Représentant légal de l'établissement :

Fonction :

Etablissement/Société :

Adresse :

Tél. :

E-mail :

DESCRIPTIF DE LA PRESTATION SOUHAITEE

Type de prestation :

Stockage de collection :

Titre de la collection :

Justification de la collection : Recherche Sanitaire

Nature de la collection (pathologie, organe(s), ...) :

Nature des échantillons (type, volume, stockage primaire, ...) :

Conditions de stockage souhaitées : à -80°C (+/-10°C) à -20°C (+/- 5°C) en azote liquide

Durée de conservation :

Nombre et type d'échantillons total envisagé :

.....



**Demande de prestation auprès
du CRB du CHU de Montpellier**

RB-9-DE-017

Version : 2

Applicable le : 12-07-2023



.....
Modalités d'utilisation ultérieure (déstockage : fréquence ; volume ; conditions de transport ;
destinataire(s) ; besoin de démarches d'export ; ...) :

Embargo et/ou opposition ciblée : Oui (compléter le document RB-9-DE-015) Non

Partenaires éventuels (Nom et coordonnées) :

Analyse d'échantillons (IHC, fractionnement, ...)

Autres (à préciser) :

Description de la prestation demandée (détaillée) :

.....
.....

• Obligations/livrables du CHU :

.....
.....

• Obligations/livrables du Demandeur :

.....
.....

Nature des échantillons biologiques (EB) reçus permettant la réalisation de la prestation :
(Type, volume, stockage primaire, ...) :

.....
.....

Description des risques biologiques (HIV, hépatites, ...), risques chimiques (des produits avec lesquels les
EB et/ou le matériel sont traités avant d'arriver au CRB), etc. liés aux EB :

.....
.....

Conditions de stockage initiales :

.....

Lieu de stockage initial :

.....

Données associées aux échantillons :

- Formulaires d'information / non opposition, ou consentements (obligatoires)
- Documentation scientifique
- Données patients
- Le cas échéant, données réglementaires spécifiques



**Demande de prestation auprès
du CRB du CHU de Montpellier**

RB-9-DE-017

Version : 2

Applicable le : 12-07-2023



- Autres éléments (préciser) :

.....

Durée du projet envisagée pour la prestation demandée :

.....

Conditions de stockage éventuel des EB après réalisation de la prestation :

.....

.....

Partenaires éventuels (Nom et coordonnées) :

.....

.....

Le matériel biologique a-t-il fait l'objet d'une déclaration au ministère ou à un CPP et a-t-il reçu une autorisation de cession ? Merci de spécifier les identifiants correspondants.

Avis du CPP (date et numéro ID-RCB) :

Déclaration de conservation : Non Oui : DC-

Autorisation de cession : Non Oui : AC-

* Etudes/projets associés à la collection (Intitulé(s) et résumé(s) - Joindre le(s) programme(s) de recherche) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Financement de la prestation (à compléter par le demandeur)

Une ligne budgétaire est-elle prévue dans le budget du projet de recherche pour cette prestation ?

Oui, quel est le montant :

Non



CRB

**Demande de prestation auprès
du CRB du CHU de Montpellier**

RB-9-DE-017

Version : 2

Applicable le : 12-07-2023



Empty rectangular box for content.



Demande de prestation auprès du CRB du CHU de Montpellier

RB-9-DE-017

Version : 2

Applicable le : 12-07-2023



GESTION DES DONNEES DU DEMANDEUR

En remplissant le formulaire de demande et tous autres documents du CRB, vous consentez à nous délivrer des données à caractère personnel. Vous autorisez le CHU à tracer et conserver, dans la limite de la durée de conservation des contrats, toutes les données dites « partenaire » (nom, prénom, société, coordonnées postales et téléphoniques, mails, ...) dans sa base de données/logiciel ainsi que tous les documents utilisés par le CRB pour la gestion des demandes et des contrats.

Les données collectées sont à usage interne, elles ne sont ni communiquées, ni cédées à des tiers. Vous pouvez exercer un droit de rectification ou d'opposition en contactant le CRB par mail crb-dri@chu-montpellier.fr ou au DPO dpo@chu-montpellier.fr.

Le demandeur

Nom, Prénom :

Fonction :

Date :

Signature pour Accord :

AVIS DU RESPONSABLE DE LA THEMATIQUE (cadre réservé CRB)

Validation de la demande

Refus de la demande. Indiquer les motifs de refus.....

.....

.....

.....

.....

.....

Le Responsable de la thématique CRB

Nom, Prénom :

Date :

Signature :



**Demande de prestation auprès
du CRB du CHU de Montpellier**

RB-9-DE-017

Version : 2

Applicable le : 12-07-2023



DECISION ET RECOMMANDATIONS DU CONSEIL SCIENTIFIQUE (cadre réservé au CRB)

Acceptation Refus. Se référer au courrier joint

Acceptation sous réserve. Les réserves suivantes ont été émises :

Recommandations / conditions éventuelles :

.....
.....

Le Président du CS (ou son suppléant)

Nom, Prénom :

Date :

Signature :