

|||||||

3 rue Georges Charpak  
77127 Lieusaint

TÉL. + 33 1 64 42 00 75

FAX +33 1 64 42 59 60

commercial@biobank.fr

**www.biobank.fr**

### INFORMATIONS

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

ADRESSE

VILLE

CODE POSTAL

NOM DU SIGNATAIRE

FONCTION DU SIGNATAIRE

NUMÉRO FINESS

### CORRESPONDANT LOCAL DE BIOVIGILANCE

NOM

FONCTION

TÉLÉPHONE

MAIL

### ADRESSE DE FACTURATION (SI DIFFÉRENTE)

NOM

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

### INFORMATIONS COMPTABLES (OBLIGATOIRE)

MAIL DU SERVICE COMPTABILITÉ

MODE DE RÉGLEMENT

CHÈQUE DÉLAI .....  
 VIREMENT

BON DE COMMADE OBLIGATOIRE

OUI  NON

MODE D'ENVOI DES FACTURES

MAIL  COURRIER

ENVOI D'UN RELEVÉ

DE COMPTE MENSUEL  OUI  NON

# DEMANDE DE CONVENTION

## DÉPÔT

### RESPONSABLE DE DÉPÔT

NOM, PRÉNOM

Chirurgien  Pharmacien  Autre .....

MAIL

TÉLÉPHONE

### GESTIONNAIRE DE DÉPÔT

NOM, PRÉNOM

Chirurgien  Pharmacien  Autre .....

MAIL

TÉLÉPHONE

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

MODE D'ENVOI

Mail  Docusign  Courrier

CHIRURGIENS UTILISATEURS (NOM, PRÉNOM)

1. .... 4. ....  
2. .... 5. ....  
3. .... 6. ....

CODE PRODUIT	LIBELLÉ	QUANTITÉ	CODE PRODUIT	LIBELLÉ	QUANTITÉ
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

## RECUEIL

### CONTACT POUR L'ENLÈVEMENT

NOM, PRÉNOM

FONCTION

MAIL

TÉLÉPHONE

JOUR D'APPEL (AVANT 11 H)

Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

LIEU D'ENLÈVEMENT

Bloc opératoire  Autre .....

MISE À DISPOSITION

Congélateur Top  Réfrigérateur Top  Combiné

CONVENTION À ENVOYER À

Directeur  Chirurgien  SBO  Agent  Pharmacien

MODE D'ENVOI

Mail  Docusign  Courrier

CHIRURGIENS PRÉLEVEURS (NOM, PRÉNOM)

1. .... 4. ....  
2. .... 5. ....  
3. .... 6. ....