

A FAXER AU 27.55.40.71

Etablissement : \_\_\_\_\_  
Envoyé au dépt. Distribution  
par (nom/prénom) : \_\_\_\_\_  
Mois \_\_\_\_\_

Signature et cachet :

No unité	Date de livraison	Date de péremption	Elimination au laboratoire	Date / heure / paraphe

**Réception du formulaire (à l'attention du CTS/CRL)**

**Pour le Département distribution**

Date : ..... / ..... / .....  
Trigramme / Signature :

**Pour le Dépt. ADM**

Date : ..... / ..... / .....  
Trigramme / Signature :

Identification	Recueil	Indexation	Accès	Conservation	Mise à jour
Ets/date/signature	Ets	/	dis	1 an	/

Modifs : mise en page