Document à remplir par le demandeur et à adresser par email à [*crb-cal@nice.unicancer.fr*](mailto:crb-cal@nice.unicancer.fr).

Ce document peut être transmis au Conseil Scientifique du CRB du CAL pour approbation.

Tous les éléments du dossier seront traités par le CRB du CAL, ils ne seront ni communiqués, ni cédés à des tiers. Si cette demande est acceptée, un devis pourra vous être transmis avant signature du contrat.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEMANDEUR/SIGNATAIRE DU CONTRAT** | | |
| DATE DE LA DEMANDE | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | |
| NOM |  | |
| PRÉNOM |  | |
| FONCTION |  | |
| ÉTABLISSEMENT/SOCIÉTÉ |  | |
| ADRESSE |  | |
| TÉLÉPHONE/FAX |  | |
| E-MAIL |  | |
| **RÉFÉRENCES DU PROJET & CADRE RÉGLEMENTAIRE** | | |
| INTITULÉ DU PROJET COMPLET |  | |
| ACRONYME |  | |
| RESPONSABLE DU PROJET/ COORDONNATEUR |  | |
| ADRESSE |  | |
| TÉLÉPHONE/FAX |  | |
| E-MAIL |  | |
| DESCRIPTION DU CONTEXTE SCIENTIFIQUE ET DES OBJECTIFS  *(Eventuellement sur un document à part)* |  | |
| PROJET VALIDÉ PAR UN CPP | OUI | NON |
| NUMERO CPP AUTORISANT LA CONSTITUTION DE COLLECTION DANS LA CADRE D’UNE RIPH |  | |
| NUMERO DC et AC  (SI COLLECTION EXISTANTE) |  | |
| INFORMATION DES PATIENTS VIA UN FORMULAIRE D’INFORMATION/NON-OPPOSITION, OU CONSENTEMENT | OUI | NON |
| PARTENAIRE | OUI | NON |
| NOM DE PARTENAIRE  (SI APPLICABLE) |  | |
| CADRE DE LA DEMANDE | Type de demande*: Choisissez un élément.*  *Merci de préciser les conditions du partenariat / collaboration / gestion de propriété intellectuelle éventuelles souhaitées avec le CRB du CAL* | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HÉBERGEMENT** | | | | | |
| DURÉE DE CONSERVATION | | Du :Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | Au :Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | |
| NOMBRE TOTAL DE PATIENTS | |  | | | |
| NOMBRE DE VISITE PAR PATIENTS | |  | | | |
| NOM DE LA COLLECTION | |  | | | |
| CONDITIONS D'UTILISATION ULTÉRIEURE DES RB : | | Conservation exclusivement pour vos projets de recherche  Cession à des tiers pendant la durée du projet de recherche  Cession à des tiers à la fin du projet de recherche  Destruction à la fin du projet de recherche | | | |
| DÉPOT DES RB AU CRB: | | En une seule fois  Echelonné, préciser la fréquence : | | | |
| ORIGINE DES EB A PREPARER/CONSERVER AU CRB : | | Exclusivement de votre établissement  De centres associés, veuillez spécifier le nombre de centres : | | | |
| NATURE DE MATÉRIEL BIOLOGIQUE | | **Type** | Volume / Nombre d’échantillon | | Conditions du stockage |
| 1- |  | | Conservation à -20°C  Conservation à -80 °C  Conservation +5°C  Température ambiante |
| 2- |  | | Conservation à -20°C  Conservation à -80 °C  Conservation +5°C  Température ambiante |
| 3- |  | | Conservation à -20°C  Conservation à -80 °C  Conservation +5°C  Température ambiante |
| DESTOCKAGE DES RB AU CRB: | FRÉQUENCE | ☐ En une seule fois  ☐ Echelonné, préciser la fréquence : | | | |
| VOLUME |  | | | |
| CONDITIONS DE TRANSPORT | ☐ Ambiant  ☐ En glace  ☐ En carboglace (-80°C)  ☐ Avec suivi de température  ☐ Autre préciser | | | |
| ACHEMINEMENT | ☐ Remise en main propre au CAL  ☐ Transporteur du CRB  ☐ Autre transporteur (société à préciser) | | | |
| BESOIN DE DEMANDE D’EXPORTATION | OUI | | NON | |
| DESTINATAIRES |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PRESTATION** | | |
| DÉSCRIPTION DE LA PRESTATION | **TYPE DE PRESTATION** | **Volume en mL / Nombre** |
| Aliquotage (plasma, sérum, sang total, urine, ….) |  |
| ☐ Réalisation coupe |  |
| ☐ Copeaux |  |
| ☐ Etalement |  |
| ☐ Extraction PBMC |  |
| CONDITIONS DE STOCKAGE DES EB APRÈS LA PRESTATION | ☐ Conservation à -20°C  ☐ Conservation à -80 °C  ☐ Conservation +5°C  ☐ Température ambiante | |
| DESCRIPTION DÉTAILLÉE DE LA PRESTATION |  | |
| DESCRIPTION DES RISQUES BIOLOGIQUES (VIH, HÉPATITES,…) & CHIMIQUES LIÉS AUX EB\* |  | |
| DONNÉES ASSOCIÉES AUX EB SOUHAITÉES |  | |
| DÉPOT DES RB AU CRB: | En une seule fois  Echelonné, préciser la fréquence : | |
| ORIGINE DES EB ÀPREPARER/CONSERVER AU CRB : | Exclusivement de votre établissement  De centres associés, veuillez spécifier le nombre de centres : | |

\*EB : ECHANTILLONS BIOLOGIQUES

\*RB : RESSOURCES BIOLOGIQUES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FINANCEMENT | | | |
| BUDGET PRÉVU | OUI | | NON |
| MONTANT PRÉVU POUR LE CRB |  | | |
| NOM DEVANT APPARAITRE SUR LA FACTURE |  | | |
| ADRESSE DE FACTURATION |  | | |
| N°TVA |  | | |
| CONTACT |  | | |
| **DÉCISION DE LA DIRECTION DU CRB ET/OU DES RÉFÉRENTS (cadre réservé au CRB):** | | | |
| Avis des responsables/ référents sur cette demande  :  OUI  NON  Date de réunion: Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | | |
| Participants à la réunion : Choisissez un élément.  Fonction Choisissez un élément.: | | | |
| Choisissez un élément. | | | |
| *En cas de refus, merci de préciser les motifs :*  Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **SIGNATURE POUR ACCORD** | | | |
| RESPONSABLE MÉDICALE DU CRB (OU ADJOINT):  Choisissez un élément.  Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  SIGNATURE: | | **DEMANDEUR :**  Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  SIGNATURE: | |

*En remplissant ce formulaire de demande, vous acceptez le traitement de vos données à caractère personnel. Vous autorisez le CRB du CAL à conserver, dans la limite de la durée de conservation 15 ans, toutes les données « partenaire » (nom, prénom, entreprise, adresse, mails, …) et ce, pour la gestion de ses demandes et de ses contrats.*

*Vous pouvez exercer un droit de rectification ou d’opposition en contactant la DPO du CAL par email* [*dpo@nice.unicancer.fr*](mailto:dpo@nice.unicancer.fr)