

Document à remplir par le demandeur et à adresser par email à 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				
INTITULÉ DU PROJET COMPLET				
RESPONSABLE DU PROJET/ COORDONNATEUR				
ADRESSE				
TÉLÉPHONE/FAX				
E-MAIL				
DURÉE DU PROJET				
DATE DE DÉBUT	Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.			
DATE DE FIN	Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.			
DESCRIPTION DU CONTEXTE SCIENTIFIQUE ET DES OBJECTIFS <i>(Eventuellement sur un document à part)</i>	<i>Objectifs généraux, type d'étude, méthodologie envisagée, nature des données recueillies</i>			
PÉRIMÈTRE GÉOGRAPHIQUE DU PROJET DE RECHERCHE	<input type="checkbox"/> LOCAL	<input type="checkbox"/> RÉGIONAL	<input type="checkbox"/> INTERRÉGIONAL	<input type="checkbox"/> NATIONAL <input type="checkbox"/> INTERNATIONAL
ANALYSES GÉNÉTIQUES CONSTITUTIONNELLES PRÉVUES DANS LE PROJET	<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON	
PARTENARIAT	Type de partenariat : <i>Choisissez un élément.</i>			
	<i>Merci de préciser les coordonnées de chaque partenaire associé au projet de recherche décrit : Merci de préciser les conditions du partenariat / collaboration / gestion de propriété intellectuelle éventuelles souhaitées</i>			
	Type de recherche : Choisissez un élément.			

FINANCEMENT	
BUDGET PRÉVU	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
MONTANT PRÉVU	
NOM DEVANT APPARAÎTRE SUR LA FACTURE	
ADRESSE DE FACTURATION	
N°TVA	
CONTACT	
DÉCISION DE LA DIRECTION DU CRB ET/OU DES RÉFÉRENTS DE LA COLLECTION (cadre réservé au CRB):	
<p>Avis des responsables/ référents sur cette demande : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Date de réunion: Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.</p>	
<p>Participants à la réunion : Choisissez un élément.</p> <p>Fonction Choisissez un élément.:</p>	
Choisissez un élément.	
<p><i>En cas de refus, merci de préciser les motifs :</i></p> <p>Cliquez ici pour taper du texte.</p>	
SIGNATURE POUR ACCORD	
<p>RESPONSABLE MÉDICALE DU CRB (OU ADJOINT): Choisissez un élément. Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. SIGNATURE:</p>	<p>En signant cette demande d'échantillons biologiques, le demandeur s'engage en fin de recherche, à retourner le matériel restant au CRB du CAL (frais de transport à la charge du demandeur) pour qu'il soit remis à la disposition de la communauté scientifique.</p> <p>DEMANDEUR :</p>
<p>RÉFÉRENT(S) DE LA COLLECTION : Choisissez un élément. Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. SIGNATURE:</p>	<p>Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. SIGNATURE:</p>
<p>RÉFÉRENT(S) DE LA COLLECTION : Choisissez un élément. Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. SIGNATURE:</p>	

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 de 15 ans, toutes les données « partenaire » (nom, prénom, entreprise, adresse, mails, etc...) 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