TMS
TRANS MEDICAL SERVICE

85, rue Etienne Marcel
93100- Montreuil

T. +33 (0)1 48 97 08 70
FAX. +33 (0)1 48 97 10 05

contact@transmedicalservice.com
www.transmedicalservice.com

DEMANDE DE TRANSPORT

Nom du demandeur : _____
Identification du projet : _____
Date de la demande : _____
Date de l'enlèvement souhaité : (Pas d'enlèvement le vendredi sauf cas d'urgence) _____
Adresse de l'enlèvement : _____

Service : _____
N° de tel : _____

Identification du produit :

☐ Code ONU 2814 | 2900 ☒ Code ONU 3373 ☐ Autres

T°C de transport :

☐ Ambiant ☐ +2°C | +8°C ☐ Carboglace

Fourniture d'emballage :

☐ Oui ☐ Non

• Si oui, nombre de tubes ou pots : _____
Quantité de produits par tubes ou pots : _____
Date souhaitée de la fourniture d'emballage : (Pas de fourniture de carboglace le lundi et vendredi sauf cas d'urgence) _____

• Si non, dimensions extérieures du colis (en cm) : _____
poids du colis (en Kg) : _____

Adresse de livraison : **Hôpital Pitié Salpêtrière**
83, Bd de l'hôpital 75013 Paris
Service : **Département d'Immunologie du Pr AUTRAN Bâtiment CERVI – 4éme étage**
Contact : **Dr A. GUIHOT et Dr G. CARCELAIN**
N° de tel : **01 42 17 74 84 / 96**

Date : __ | __ | ____
Signature :

Adresse de facturation : **Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière de la recherche clinique**
47 – 83 Bd de l'Hôpital 75013 Paris