

FEUILLE DE LIAISON
PLATEAU HISTOLOGIE
Demande de Lames

Responsable équipe/direct

Nom : _____ Prénom : _____

Tél : _____

E-mail : _____

Nom du laboratoire / équipe : _____

Responsable de l'expérimentation

Nom : _____ Prénom : _____

Tél : _____

E-mail : _____

Nombre de blocs		Nature de l'organe	
Nom de la série		Coloration Hemalun-eosine	OUI - NON
Nombre de lames non traitées/bloc		Épaisseur de coupe	
Nombre de lames superfrost +/- bloc		Délai convenu	

NB : veuillez nous fournir des BOITES de rangement pour les lames

Remarques diverses :

A Créteil le :	le responsable de l'expérimentation	Date de réalisation
	<i>Je m'engage à avoir obtenu l'autorisation de mon responsable pour cette dépense.</i>	