



Date de la demande : __ / __ / __

Téléphone du demandeur :

Nom du service demandeur :

Fax ACP : 05.31.15.65.92

Téléphone logistique : 05.31.15.64.61

TAMPON DU SERVICE
ET
UA SERVICE DEMANDEUR

DESIGNATION REACTIF	VOLUME	QUANTITE COMMANDEE	LOTS ENVOYES
Formol 4% (Petit volume)	40/20mL		
Formol 4% (Grand volume)	180/80mL		
Duboscq (Fixateur PBR)	60/20mL		
Cytolyt (Fixateur urines)	1 Pack de 10 flacons		
Glutaraldéhyde (Microscope électronique)	15 flacons de 3mL		
Antigenfix (Fixateur Petites fibres)	20 flacons de 3mL		
Lames d'étalement	Boîte de 50 lames		
Porte-lames	1 boîte pour 2 lames		
Cassettes	Paquet de 750		
Mousses	Paquet de 500		
RPMI Medium 1640 + GlutaMAX	1 flacon de 500mL		
Autre : (préciser).....			
Autre : (préciser).....			
Autre : (préciser).....			
	NOMBRE TOTAL		

CADRE RESERVE AU DEPARTEMENT D'ACP

Date de réception de la commande : __ / __ / __

Date de renvoi : __ / __ / __

Visa Technicien : __

Fin du document