

## DEMANDE & ATTESTATION DE REMISE D'ADN

Date de la demande :

PATHOLOGIE:

DEMANDEUR : Dr

DESTINATAIRE : Dr

Tél :  
Fax :  
E-mail :

N° Famille	Nom de Famille ou Code Extérieur	N° individu	Volume en µl à 200 µg/ml	Observations
	...			

**MERCI DE NOUS RETOURNER CE DOCUMENT DATE ET SIGNE**

**Pour le Généthon :**

Laboratoire d'extraction d'ADN :  
Eliane GARDAIS : [gardais@genethon.fr](mailto:gardais@genethon.fr)  
Sophie BRUSSEaux : [sbrusseaux@genethon.fr](mailto:sbrusseaux@genethon.fr)

Tél : 01 69 47 28 82  
Fax : 01 60 78 18 09

**Envoyé le :**

**Destinataire :**

**Reçu le :**

**Signature :**