



DEMANDE DE PRESTATIONS CULTURES PRIMAIRES

Banque d'ADN et de Cellules
1 bis rue de l'internationale
91002 EVRY Cedex
Tél : 01 69 47 29 47
Fax : 01 60 78 18 09
Responsable : [Pharm \(D\) Safa SAKER](#)
Tél : 33 (0)1 69 47 29 77

Date de la demande :

DEMANDEUR

NOM : _____ PRENOM : _____
Tel : _____ Fax : _____ e-mail : _____
Responsable du laboratoire : _____

DESTINATAIRE

Adresse: _____

Tel : _____ Fax : _____ e-mail : _____

Vous souhaitez faire acheminer le colis

- ☐ Par un transporteur de votre choix (commande de la course par vos soins, société de transport : _____)
- ☐ Par le transporteur GENETHON (commande de la course par nos soins / tarif forfaitaire)

TYPE DE PRESTATIONS

- ☐ Culture primaire de fibroblastes, établie à partir d'une biopsie cutanée
- ☐ 1 ampoule de cellules (au moins 1.10^6 cellules)
 - ☐ 1 flask T75 ou T25 de cellules a confluence
 - ☐ extraction d'ADN à partir de culture de fibroblastes
 - ☐ Autre : _____
- ☐ Culture primaire de myoblastes, établie à partir d'une biopsie musculaire
- ☐ 1 ampoule de cellules (au moins 1.10^6 cellules)
 - ☐ 1 flask T75 ou T25 de cellules a confluence
 - ☐ extraction d'ADN à partir de culture de myoblastes
 - ☐ Autre : _____

PRELEVEMENTS SOUHAITES Codes Généthon (numéro de l'individu + code pathologie) et/ou codes extérieurs (utilisés par le demandeur) : _____

ADRESSE DE FACTURATION (si différente de l'adresse de livraison) _____

INTERLOCUTEUR :

Laboratoire de culture primaire

Maeva FROIDEVAUX mfroidevaux@genethon.fr
Thierry LARMONIER larmonie@genethon.fr



Tél : 33 (0)1 69 47 28 80/2428

DEMANDE DE PRESTATIONS CULTURES PRIMAIRES