



CARTIGEN

FORMULAIRE DE DEMANDE DE PROJET

Plateau Ingénierie Tissulaire

Plateau Mobilité

Date

Prénom NOM du demandeur

Adresse mail du demandeur

Organisme / Société

Acronyme du projet

Sujet

Projet (10 lignes maximum)

NB : Indiquer pourquoi l'équipement utilisé est utile/nécessaire à votre projet. Par exemple, pour le FACSymphony, indiquer panel de couleurs utilisées ou fluorophore non visible sur autre FACS

Equipement.s souhaité.s pour utilisation

Prénom NOM des utilisateurs

Adresse mail des utilisateurs

Formulaire de demande à envoyer à severine.kremer@umontpellier.fr
La demande sera évaluée par le Comité Scientifique de CARTIGEN sous 15 jours



Projet cofinancé par le Fonds Européen de Développement Régional

CARTIGEN, Hôpital Saint-Eloi, IRMB
80 Avenue Augustin Fliche
34295 MONTPELLIER cedex 5, France
<http://www1.chu-montpellier.fr/fr/cartigen>