Document à remplir par le demandeur et à transmettre au contact de référence au sein du CRB du CHU de Montpellier ou à CRB@chu-montpellier.fr*.*

Ce dossier sera transmis au Conseil Scientifique du CRB pour approbation.

**Tous les éléments du dossier seront traités par le CHU de manière strictement confidentielle.**

**Date de la demande (JJ/MM/AAAA) :**

|  |
| --- |
| ***Cadre réservé au CRB*** |
| Demande reçue le :Responsable de la thématique CRB : Pr RAVEL ChristopheStructure du CHU (Service, Pôle, …) : CRB du CHU de MontpellierThématique / collection : LeishmaniaAdresse : Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, 39 Av. Charles Flahault, 34090 MontpellierTél. : 04.67.33.23.50 E-mail : cnr-leishmania@chu-montpellier.fr |

|  |
| --- |
| ***Utilisateur des échantillons (à compléter par le demandeur)*** |
| Nom, Prénom : Fonction/Qualification : Etablissement : Service : Adresse : Tél. : E-mail :  |

|  |
| --- |
| ***Signataire du contrat (à compléter par le demandeur)*** |
| Nom, Prénom du Représentant légal de l’établissement : Fonction : Etablissement/Société : Adresse : Tél. : E-mail :  |

|  |
| --- |
| ***PROJET DE RECHERCHE (joindre le résumé du projet au formulaire)*** |
| Titre complet du projet : Date de début du projet : Date de fin du projet : Coordonnateur, responsable du projet (si différent de ci-dessus) : Adresse : Téléphone : Fax : E-mail : Partenariat/Collaboration de recherche envisagée avec le CHU : Type de partenariat : ❒ Institutionnel ❒ Académique ❒ Industriel Type de recherche : ❒ Hors collaboration ❒ Collaboratif |

|  |
| --- |
| ***RESSOURCES BIOLOGIQUES*** |
| Date de la mise à disposition souhaitée (JJ/MM/AAAA) :   |
| ***Echantillons biologiques demandés pour le projet de recherche*** |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nature des échantillons*** | ***Quantité souhaité par patient (nombre, volume, poids, …)*** | ***Caractéristiques éventuelles*** |
| ❒ Souches de Leishmania  |  | (espèces, codes, pays, date d’isolement, …) |

 |

|  |
| --- |
| ***Données associées et analyses spécifiques demandées pour le projet de recherche*** |
| ❒ Clinique (LV, LC, LCM) :❒ Hôte : ❒ Pays/Région :❒ Année/période d'isolement : ❒ Zymodème : ❒ Souche de référence OMS ou non : ❒ Autres codes de la souche❒ Virulence chez l'animal  ❒ Faible nombre de repiquages  ❒ Autres :  |

|  |
| --- |
| ***ENVOI DES SOUCHES*** |
| Acheminement : ❒ TransporteurConditions d’expédition des échantillons : ❒ Ambiant ❒ Carboglace ❒ Glace Précisions : Stockage sécurisé pour agents infectieuxLieu de stockage et utilisation des souches :  |

|  |
| --- |
| ***DEVENIR DES SOUCHES en fin du projet de recherche*** |
| ❒ Utilisation complète des souches ❒ Retour au CRB ❒ Destruction |

|  |
| --- |
| ***MODALITES DE FINANCEMENT (un devis vous sera transmis avec le contrat)*** |
| Un budget est-il prévu pour cette demande : ❒ oui ❒ nonMontant prévu : Information de facturation :*-Nom :**-Adresse :**-Adresse de facturation si différent :**-TVA :**-Nom contact :*Facturation dématérialisée (CHORUS pro) : ❒ oui ❒ non |

|  |
| --- |
| ***ENGAGEMENT DU DEMANDEUR POUR TOUT PROGRAMME DE RECHERCHE*** |

En signant cette demande d’échantillons biologiques, le demandeur et le porteur du projet ci-dessus mentionné, s’engagent :

• A respecter la législation en vigueur pour l’utilisation des échantillons biologiques pour la recherche scientifique ;

• A utiliser les échantillons reçus, uniquement pour la recherche scientifique indiquée ci-dessus ;

• A ne céder en aucun cas, au profit d’un tiers, les échantillons reçus pour des recherches différentes de celles qui sont décrites dans ma demande ;

• A ne pas utiliser les échantillons obtenus ou leurs dérivés biologiques dans un but lucratif (cette disposition ne concerne pas une exploitation des données intellectuelles de recherche obtenues à partir des échantillons ou de leurs dérivés) ;

• A signaler au responsable de la collection l’arrêt du projet de recherche ;

• A reconnaître l'apport scientifique ou technique du CRB du CHU de Montpellier dans toute publication comportant des résultats obtenus grâce à l'utilisation des échantillons cédés :

* Soit par l’intégration en tant que co-auteurs, d’un ou plusieurs biologistes de la collection directement impliqués dans les collaborations, selon leur degré d’implication.
* Soit par citation de l’apport scientifique ou technique du CRB Leishmania dans la partie « Matériels et méthodes » de la manière suivante : « Ces travaux ont bénéficié de l’expertise du CRB-Leishmania du CHU de Montpellier ([www.chu-montpellier.fr](http://www.chu-montpellier.fr)) », ou « *This work has benefited from the facilities and expertise of the BRC-Leishmania of the University Hospital of Montpellier – France (*[*www.chu-montpellier.fr*](http://www.chu-montpellier.fr)*)* ».
* Soit au niveau des remerciements selon la dénomination :

CHU Montpellier, Centre de Ressources Biologiques du CHU de Montpellier (CRB),
Collection *CRB-Leishmania*, F-34285 Montpellier, France

• En fin de recherche, :

* A informer le CRB-CHUM de la qualité des échantillons reçus et des données associées à l’aide de l’Enquête de satisfaction qui lui sera fournie après la cession
* A retourner le matériel restant de la collection pour qu’il soit remis à la disposition de la communauté scientifique, ou à le détruire, avec déclaration de destruction envoyée au responsable de la collection. Ce choix sera fait par le CRB du CHU de Montpellier sur demande du demandeur d’échantillons.

|  |
| --- |
| ***GESTION DES DONNEES DU DEMANDEUR*** |

En remplissant le formulaire de demande et tous autres documents du CRB, vous consentez à nous délivrer des données à caractère personnel. Vous autorisez le CHU à tracer et conserver, dans la limite de la durée de conservation des contrats, toutes les données dites « partenaire » (nom, prénom, institution/société, coordonnées postales et téléphoniques, mails, …) dans sa base de données/logiciel ainsi que tous les documents utilisés par le CRB pour la gestion des demandes et des contrats.

Les données collectées sont à usage interne, elles ne sont ni communiquées, ni cédées à des tiers. Vous pouvez exercer un droit de rectification ou d’opposition en contactant le CRB par mail crb-dri@chu-montpellier.fr.

(Fait en deux exemplaires originaux)

**Le demandeur**

Nom, Prénom :

Fonction :

Date :

Signature pour Accord :

**Le responsable de collection**

Nom, Prénom :

Fonction :

Date :

Signature pour Accord :

*Si nécessaire, merci de dédoubler le pavé de signatures afin que tous les intervenants de la part du demandeur soient signataires*

|  |
| --- |
| ***AVIS DU CONSEIL SCIENTIFIQUE (cadre réservé au CRB)*** |
| ❒ Acceptation ❒ Refus. Se référer au courrier joint❒ Acceptation sous réserve. Les réserves suivantes ont été émises : **Le Président du CS (ou son suppléant)** Nom, Prénom : Date : Signature : |