*Ce formulaire est à compléter, en vue de l’hébergement, par le CRB du CHU de Montpellier, d'une collection déjà constituée. La demande sera transmise au Conseil Scientifique du CHU pour validation via le Responsable du CRB du CHU de Montpellier (*[*CRB@chu-montpellier.fr*](mailto:CRB@chu-montpellier.fr)*).*

**Déposant**

Responsable (Nom, Prénom) :

Institution / Service / Equipe :

Fonction :

Coordonnées complètes (Institution, service/équipe, adresse, …) :

Mail : @

Tél. : Fax :

**Descriptif de la collection**

Titre de la collection :

Justification de la collection : Recherche Sanitaire

Nature de la collection (pathologie, organe(s), …) :

Nature des échantillons (type, volume, stockage primaire, …) :

Conditions de stockage initiales :

Lieu de stockage initial :

Documentation associée aux échantillons :

* Formulaires d'information/non opposition, ou consentements (obligatoires)
* Documentation scientifique
* Données patients
* Le cas échéant, données réglementaires spécifiques
* Autres éléments (préciser) :

Laboratoire d’accueil au CRB du CHU de Montpellier :

Conditions de stockage souhaitées :

Durée de conservation et nombre d’échantillons total envisagé :

Modalités d’utilisation ultérieure :

Embargo et/ou opposition ciblée : **Oui** (*compléter CRB 4/023*) **Non**

Partenaires éventuels (Nom et coordonnées) :

Le matériel biologique a-t-il fait l’objet d’une déclaration au ministère et a-t-il reçu une autorisation de cession ? Merci de spécifier les identifiants correspondants.

Déclaration de conservation : ❒ Non ❒ Oui : DC-

Autorisation de cession : ❒ Non ❒ Oui : AC-

Etudes/projets associés à la collection (Intitulé(s) et résumé(s) - Joindre le(s) programme(s) de recherche) :

Le déposant (Nom et fonction) :

Date : Signature :

**Décision et recommandations du Conseil Scientifique du CRB du CHU de Montpellier**

❒ Accord ❒ Complément d'information ❒ Refus

Justification en absence d'accord :

Recommandations / conditions éventuelles :

Le Président du Conseil Scientifique du CRB ou son représentant :

Nom :

Date : Signature :