

Fournisseur/Supplier

Nom de l'établissement | Name of Institution or Facility

Nom du fournisseur | Name of Supplier

Adresse | Address

Ville | City

Prov. Code postal | Postal Code

Description, groupe de risque et origine de la matière qui sera transférée (Ajouter une annexe si nécessaire) | Description, Risk Group and Origin of material to be transferred (Add extra page if required)

Nom | Name : _____

Souche | Strain # : _____

catalogue | Cat. # : _____

Pathogène humain | Human Pathogen

Pathogène animal | Animal Pathogen

Toxine | Toxin

Autre | Other : _____

GR1 | RG1

GR2 | RG2

GR3 | RG3

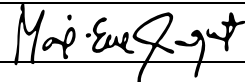
Origine de la matière | Origin of material

Isolé | Isolated Importé | Imported

Produit | Produced # Permis | Permit # : _____

Nom ET Signature du fournisseur | Name AND Signature of Supplier

Nom | Name : _____

Signature 

Date

AGENT(E) DE LA SÉCURITÉ BIOLOGIQUE du fournisseur |
Supplier BIOSAFETY OFFICER

Nom | Name : _____

Téléphone | Phone : _____

Courriel | e-Mail : _____

Signature _____

Date

Destinataire / Recipient

Nom de l'établissement | Name of Institution or Facility

Nom du destinataire | Name of Recipient

Adresse | Address

Ville | City

Prov. Code postal | Postal Code

Número(s) ou nom(s) des locaux où les agents pathogènes seront manipulés et/ou entreposés

Room number(s)/name(s) where material will be used and/or stored

Type de travail | Work intent : In vitro In vivo

Est-ce que le destinataire est conforme avec le programme de biosécurité institutionnel ? O N

Est-ce que le matériel transféré peut être utilisé et entreposé selon les normes établies par la LAPHT/NCB? O N

Is the recipient space / laboratory in compliance with the institutional biosafety program? Y N

Can the transferred material(s) be safely handled and stored according to HPTA/CBS? Y N

Pour un achat, # PO | For an order, PO # : _____

Nom ET Signature du destinataire | Name AND Signature of Recipient

Nom | Name : _____

Signature _____

Date

AGENT(E) DE LA SÉCURITÉ BIOLOGIQUE du destinataire |
Recipient BIOSAFETY OFFICER

Nom | Name : _____

Téléphone | Phone : _____

Courriel | e-Mail : _____

Signature _____

Date