



DEMANDE D'ADHÉSION AU RÉSEAU ACHRO-PUCE

Laboratoire :

Adresse :

Téléphone :

Adresse e-mail :

Nom du responsable :

Noms et adresse e-mail des biologistes agréés :

Activités :

DIAGNOSTIC POSTNATAL

DIAGNOSTIC PRÉNATAL

Organisations ou réseaux du laboratoire :

Date, paraphe et signature du responsable du laboratoire avec la mention manuscrite ainsi libellée :

« Je reconnais adhérer à la Charte du Réseau ACHRO-PUCE »

(Le document dûment rempli doit être renvoyé par courrier ou par email à Madame Valérie Malan, Hôpital Necker-Enfants Malades, Service d'Histologie Embryologie Cytogénétique, Tour Lavoisier, porte L1, 2ème étage
149 rue de sèvres, 75015 Paris
valerie.malan@aphp.fr)