

FACULTÉ DE PHARMACIE DE LILLE AUTORISATION D'ACCÈS DANS LES SERVICES

NOM :

PRÉNOM :

QUALITÉ : Etudiant Stagiaire Personnel Autres : -----

Université ou Etablissement employeur : -----

DEMANDE D'ACCÈS 1

Laboratoire ou Service :

Date de début et de fin :

Nom du Responsable de service et/ou du Laboratoire :

Signature :

DEMANDE D'ACCÈS 2

Laboratoire ou Service :

Date de début et de fin :

Nom du Responsable de service et/ou du Laboratoire :

Signature :

Le demandeur possède-t-il une carte CMS de l'Université ou une
carte professionnelle OUI NON

N° de la carte :

Classification Groupe d'accès :

Accord du Responsable du service logistique favorable Défavorable