**FICHE D’INSCRIPTION - ESSAIS INTERLABORATOIRES LNHB 2025**

**(Merci de la compléter informatiquement, votre inscription ne sera pas prise en compte si l’ensemble des champs ci-dessous n’est pas complété)**

**RÉFÉRENCE DE L’ESSAI :**

Date :

Thème :

**LABORATOIRE PARTICIPANT :**

Établissement :

Laboratoire :

Adresse :

**SUIVI TECHNIQUE ASSURÉ PAR :**

NOM, Prénom :

N° de téléphone :

Courriel (indispensable) :

**OU, EN CAS D’ABSENCE PAR :**

NOM, Prénom :

N° de téléphone :

Courriel (indispensable) :

**CONTACT SUR SITE POUR RÉCEPTION DE COLIS RADIOACTIFS (habilité PILOTE pour participants CEA / Cellule Transnuc pour participants EDF) :**

NOM, Prénom :

N° de téléphone :

Courriel (indispensable) :

**SERVICE FINANCIER, COMPTABILITE ou FACTURATION :**

NOM, Prénom :

N° de téléphone :

Courriel (indispensable) :

**PIÈCES JOINTES :**

**BON DE COMMANDE N° :**

***Annexe 2***

**MISE À JOUR DE LA BASE DE DONNÉES DES PARTICIPANTS**

 Mise à jour 2025

Pour nous permettre la tenue à jour du fichier d’adresses servant à la distribution de notre Programme de Tests Interlaboratoires, nous vous serions reconnaissants de nous faire savoir les éventuels changements d’interlocuteurs qui ont eu lieu au sein de votre unité.

Pour cela, merci de bien vouloir nous envoyer par email à l’adresse eil.lnhb@cea.fr les informations ci-dessous :

|  |
| --- |
| **Merci de :**[ ]  **M’ajouter** [ ]  **Me retirer**de la liste de diffusion du Programme de Tests Interlaboratoires du LNHB**~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~****Vos coordonnées :** |
| NOM - Prénom : Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Email : Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Société : Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Service : Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Laboratoire : Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Adresse : Cliquez ici pour entrer du texte. |

***Annexe 3***

**ATTESTATION D’AUTORISATION A.S.N.**

*Le Code de la santé publique impose aux fournisseurs de vérifier la validité de l’autorisation de l’utilisateur délivrée par l’A.S.N. (Autorité de Sûreté Nucléaire) pour le ou les échantillons qui seront livrés.*

*Nous vous prions donc de bien vouloir compléter ce document et de le joindre à votre commande.*

**SOCIÉTÉ :** Cliquez ici pour entrer du texte.

**ADRESSE :** Cliquez ici pour entrer du texte.

Cliquez ici pour entrer du texte.

**TÉLÉPHONE :** Cliquez ici pour entrer du texte. **FAX :**  Cliquez ici pour entrer du texte.

[ ]  **OUI N° AUTORISATION/COMPTE :** Cliquez ici pour entrer du texte.

**DATE D’EXPIRATION :** Cliquez ici pour entrer du texte.

**NOM DU TITULAIRE  :** Cliquez ici pour entrer du texte.

*J’atteste par ce document, détenir une autorisation valide, être autorisé à détenir les radionucléides mentionnés dans mes commandes et ne pas dépasser les activités maximales indiquées dans ladite autorisation.*

*Pour tout autre radionucléide non mentionné dans cette autorisation, j’atteste ne pas dépasser le seuil d’exemption par radionucléide ainsi que le seuil de détention, tous radionucléides confondus, prévu dans le code de la santé publique.*

[ ]  **NON**

*Mon activité ne nécessite pas de disposer d'une autorisation A.S.N. J’atteste ne pas dépasser le seuil de détention, tous radionucléides confondus, prévu dans le code de la santé publique.*

Date : Cliquez ici pour entrer du texte. Cachet et signature du titulaire (ou délégataire) :