|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’Etablissement** |  | **Code centre** |  |
| **Adresse**  |  | **FINESS géographique** |  |
| **CP - Ville** |  |
| **Fonction** | **Nom Prénom** | **Mail** | **Fonction** | **Tél** | **Accord pour diffusion des coordonnées** | **Demande d’accès aux applications** | **Signature** |
| Personne responsable1 |  |  | ❑ Biologiste❑ Clinicien❑ Autre |  | ❑ Oui ❑ Non | ❑ Gaia-FIV & DAM❑ Gaia-IA & DAM❑ CUSUM4  |  |
| Coordinateur2 |  |  | ❑ Biologiste❑ Clinicien❑ Autre |  | ❑ Oui ❑ Non | ❑ Gaia-FIV & DAM❑ Gaia-IA & DAM❑ CUSUM4  |  |
| CLA3 titulaire |  |  | ❑ Biologiste❑ Clinicien❑ Autre |  | ❑ Oui ❑ Non | ❑ Gaia-FIV & DAM❑ Gaia-IA & DAM❑ AMP-Vigie❑ CUSUM4  |  |
| CLA3 suppléant |  |  | ❑ Biologiste❑ Clinicien❑ Autre |  | ❑ Oui ❑ Non | ❑ Gaia-FIV & DAM❑ Gaia-IA & DAM❑ AMP-Vigie❑ CUSUM4  |  |
| Autre |  |  | ❑ Biologiste❑ Clinicien❑ Autre |  | ❑ Oui ❑ Non | ❑ Gaia-FIV & DAM❑ Gaia-IA & DAM❑ CUSUM4  |  |

1**Personne responsable :** section 7 du code de la santé publique (Art. R. 2142-37 à R. 2142-38)

2**Coordinateur :** section 3 du code de la santé publique (Art. R. 2142-19 à R. 2142-20)

3**CLA** (Correspondant local d’AMP vigilance) : section 8 du code de la santé publique (Art. R2142-47)

4Formation obligatoire

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du responsable du centre :** |  | **Date :** |  | **Signature :** |  |