|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 :** |  |