

Direction de l'Évaluation des Médicaments et des Produits Biologiques  
Département de toxicologie

**Demande d'Autorisation de cession**

**Request for Authorisation for Transfer**

Arrêté du 22 septembre 2001 relatif à la mise en œuvre, l'importation, l'exportation, la détention, la cession à titre gratuit ou onéreux, l'acquisition et le transport de certains agents responsables de maladies infectieuses, micro-organismes pathogènes et toxines.

Decree of the 30 of July 2004 concerning the use, importation, exportation, possession, transfer free of charge or expensive, acquisition, and the transport of certain agents responsible for infectious diseases, pathogenic micro-organisms and toxins.

**Exemplaire destiné au titulaire de l'autorisation. / Copy destined for the holder of the authorisation.**

**Cession par (titulaire de l'autorisation) / Transfer by (holder of the authorisation) :**

Nom de la personne physique autorisée, titre/ Name of authorised person, title:

NOM de la société/ Name of the institution :

adresse/ Address :

**Numéro de l'autorisation de détention/ holder authorisation number:**

**Acquéreur/ Destination:**

European Synchrotron Radiation Facility (ESRF)  
6 Rue Jules Horowitz,  
BP 220, 38043 GRENOBLE CEDEX 9, FRANCE  
Tel +33 (0)4 76 88 22 03 - Fax +33 (0)4 76 88 29 36

**Numéro de l'autorisation du Destinataire:** F-1595ESR12004-2

**Dénomination du produit :**

- Nom du gene/ Name of gene:
- Fonction/ Function of the gene:
- Souche/ Source (e.g. expression host):
- Espèce/ Origin:

**Quantité:** Nb d'unités (définition de l'unité, ex.: flacons et volume, coffret, etc...et conditionnement).

Please indicate how many samples you will be bringing, rough size of crystals or concentration if liquid, indicate in which sort of container they will be transported (e.g. frozen in a loop, Dewar, drops, capillaries)

**Utilisation prévue:** Recherche - expériences sur les lignes de lumière dans le but d'études structurales et fonctionnelles des macromolécules biologiques.

**Transporteur/ Carrier:** Nom/ Name:

Adresse/ Address :

**Mode de transport/ Mode of transport :** (e.g. dry Dewar)

---

***Autorisation valable pour plusieurs opérations dans un délai de six mois. Cette autorisation devra accompagner la liste des produits transportés par le porteur de l'autorisation / Authorisation valid for several operations within six months. This authorisation must accompany a list of all products transported by the person holding the authorisation.***

---

Formulaire à retourner à l'AFSSAPS par fax au 01 55 87 35 82 ou faire la demande de ce formulaire par email à l'adresse suivante : [biosecurite@afssaps.sante.fr](mailto:biosecurite@afssaps.sante.fr)  
Return request form to the AFSSAPS by fax +33 (0)1 55 87 35 82 or email: [biosecurite@afssaps.sante.fr](mailto:biosecurite@afssaps.sante.fr)