|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ORGANIGRAMME DU DÉPÔT DE SANG** | CELLULE HÉMOVIGILANCE |
| Date de rédaction : 07/17 |
| Date de validation :08/17 |
| Version : n°2017.1 |
| **ADAPTATION EN FONCTION DE CHAQUE ES**  Responsables légaux du dépôt :  Suppléant  Nom, Prénom :  Fonction :  Tel :  Mail :  Titulaire  Nom, Prénom :  Fonction :  Tel :  Mail :  Responsable en charge du fonctionnement :  Suppléant  Nom, Prénom  Fonction  Tel :  Mail :  Titulaire  Nom, Prénom  Fonction  Tel :  Mail :  Personnel habilité   |  |  | | --- | --- | | Nom, Prénom :  Fonction : | Nom, Prénom :  Fonction : | | Nom, Prénom :  Fonction : | Nom, Prénom :  Fonction : | | Nom, Prénom :  Fonction : | Nom, Prénom :  Fonction : | | Nom, Prénom :  Fonction : | Nom, Prénom :  Fonction : | | Nom, Prénom :  Fonction : | Nom, Prénom :  Fonction : | | | |