|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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 :SuppléantNom, Prénom :Fonction :Tel :Mail :TitulaireNom, Prénom :Fonction :Tel :Mail :Responsable en charge du fonctionnement :SuppléantNom, PrénomFonctionTel :Mail :TitulaireNom, PrénomFonctionTel :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 : |

 |