**Fax**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A  *To* | ***“NUIT et JOUR Assistance”*** | |
| Votre fax  *Your fax* | **05 34 60 12 82** | |
| De  *From* | **INSERM UMR 1220 IRSD –Site CPTP – Accueil Bât. A – Caroline MERLO -** | |
| Objet  *Subject* | **Enlèvement de COLIS** | |
| Date | **/ /2016** | |
| Total pages  **Toulouse le :  / /2016**  **Bordereau N° : (facturation INSERM DR TLS)**    ***Expéditeur*: FROM :**  **Nom : INSERM 1220 – IRSD- Site CPTP**  **Contact : (équipe :  . - IRSD )**  **Adresse : CHU Purpan- MAGASIN**  **Avenue des Arènes Romaines**  **Pavillon LEFEVRE**  **Code Postal : 31300**  **Ville : TOULOUSE**  **Pays : FRANCE**  **Tél : +33 5**  **Ou : +33 5 62 74 45 27**  ***Destinataire* : TO :**  **Nom :**  **Contact :**  **Equipe :**  **Adresse :**  **Code Postal :**  **Ville :**  **PAYS**  **Tel :** | 1 | **y compris celle-ci** |