**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** |