

Plateforme de Cytométrie en Flux CHU Ste-Justine

Demande de service



Informations sur le requérant

Date

Nom et prénom

Courrier électronique

Numéro de téléphone

Institution/Adresse

Type de service requis

Type de service

Formation

Tri cellulaire

Acquisition avec assistance

Analyse de données

Autre

Description du projet

Date souhaitée

Nombre d'échantillon

Consentement éthique obtenu ?

Oui

Non