

DEMANDE DE REPROGRAPHIE

A – DEMANDEUR RESPONSABLE

Nom complet du demandeur : _____ Direction : _____

Téléphone : _____ Date de la demande : _____aaaa/mm/jj

No de l'outil clinique : _____ Titre : _____

☐ Nouvel outil, svp compléter section C ☐ Remplacement outil(s) existant(s), svp compléter section B et C

B – INSTRUCTIONS DE TRAITEMENT DES ANCIENNES VERSIONS

Composantes	# formulaire ou GRM	Titre	Traitement des anciennes versions
			☐ Détruire maintenant ☐ Détruire à partir du _____aaaa/mm/jj ☐ Utiliser jusqu'à épuisement ☐ Autre : _____
			☐ Détruire maintenant ☐ Détruire à partir du _____aaaa/mm/jj ☐ Utiliser jusqu'à épuisement ☐ Autre : _____
			☐ Détruire maintenant ☐ Détruire à partir du _____aaaa/mm/jj ☐ Utiliser jusqu'à épuisement ☐ Autre : _____
			☐ Détruire maintenant ☐ Détruire à partir du _____aaaa/mm/jj ☐ Utiliser jusqu'à épuisement ☐ Autre : _____
			☐ Détruire maintenant ☐ Détruire à partir du _____aaaa/mm/jj ☐ Utiliser jusqu'à épuisement ☐ Autre : _____
			☐ Détruire maintenant ☐ Détruire à partir du _____aaaa/mm/jj ☐ Utiliser jusqu'à épuisement ☐ Autre : _____
			☐ Détruire maintenant ☐ Détruire à partir du _____aaaa/mm/jj ☐ Utiliser jusqu'à épuisement ☐ Autre : _____
			☐ Détruire maintenant ☐ Détruire à partir du _____aaaa/mm/jj ☐ Utiliser jusqu'à épuisement ☐ Autre : _____

C - INSTRUCTIONS DE REPROGRAPHIE

Date à laquelle le formulaire est requis : _____aaaa/mm/jj

Impression : ☐ Recto ☐ Recto verso ☐ Niveau de gris ☐ Couleur ☐ Autre : _____

Perforation : ☐ 7 trous standard ☐ Autre : _____

Format : ☐ 8 ½ X 11 ☐ 8 ½ X 14 ☐ 11 X 17 (en cahier) ☐ Autre : _____

Matériel : ☐ Papier ☐ Carton ☐ Autre : _____

Bande de couleur : ☐ Aucune ☐ Gauche ☐ Bas Préciser la couleur souhaitée : _____

Montage : ☐ Broché ☐ Cahier ☐ Pad ☐ Autre : _____

Copies multiples : ☐ NCR avec couleur ☐ NCR avec numéros Total de copies NCR : _____