

*Remplir et coller une étiquette sur l'emballage extérieur des envois destinés au
CNR syphilis*

EXPEDITEUR :

Nom : _____

Service / Laboratoire / Hôpital : _____

Rue : _____

CP : _____ Ville : _____

DESTINATAIRE

**Hôpital Cochin - Pavillon Gustave Roussy
Laboratoire de Dermatologie / CNR Syphilis
Etage 4, porte 405
8, rue Méchain
75014 PARIS**