|  |  |
| --- | --- |
| Supplier / Fournisseur | |
| UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA (UBC) | |
| Name of UBC BIOSAFETY PERMIT HOLDER | Nom du fournisseur | |
| Address | Adresse : | |
| City | Ville | |
| Prov. | Postal Code | Code postal |
|  |  |
| HUMAN PATHOGEN & TOXIN Licence number |Numéro de licence    Internal biosafety permit number | Numéro de permis interne | |
|  | |
| Description, Quantity and Risk Group of material to be transferred  Description et groupe de risque du matériel qui sera transféré    Human Pathogen | Pathogène humain  Human tissues/cells/bodily fluids  Tissus humains/cellules/fluides corporels  Animal Pathogen | Pathogène animal  Plant Pathogen | Pathogène végétal  Aquatic Animal Pathogen  Agent pathogène d’animaux aquatiques  TDG|TMD: UN  CATEGORY:CATEGORIE | |
|
|  | |
| Name AND Signature of Permit Holder | Nom ET Signature du fournisseur    Name AND Signature of Consigner | Nom ET Signature du expediteur | |
|  | |
| UBC Biosafety Officer |  Agent(e) de sécurité biologique fournisseur  Name | Nom :  Phone | Téléphone :  e-Mail | Courriel: | |
| Signature | |

|  |  |
| --- | --- |
| Recipient / Destinataire | |
| Name of Institution or Facility | Nom de l’établissement | |
| Name of Recipient Faculty Member | Nom du destinataire | |
| Address | Adresse | |
| City | Ville | |
| Prov. | Postal Code | Code postal |
|  |  |
| Institutional Licence number – if applicable  Numéro de licence    Internal permit number – if applicable | Numéro de permis interne | |
|  | |
| Room number(s)/ name(s) where material will be used and/or stored  Numéro(s) ou nom(s) des locaux où les agents pathogènes seront manipulés ou entreposés    Is the recipient space / laboratory in compliance with the institutional biosafety program and applicable regulations & standards? Y  N  Est-ce que le destinataire est conforme avec le programme de biosécurité institutionnel ? O  N | |
|  | |
| Name AND Signature of Recipient Faculty Member |  Nom ET Signature du destinataire | |
|  | |
| Recipient Biosafety Officer or Institutional Official|  Agent(e) de sécurité biologique du destinataire  Name | Nom :  Phone | Téléphone :  e-Mail|Courriel : | |
| Signature | |