

Numéro national de l'autorisation  
*National Authorization number*

FR06302C	24	01
<i>Code d'établissement de tissus (T : Tissus, C : Cellules)</i>	<i>Année</i>	<i>N° d'incrémentation</i>

Nom et adresse du titulaire de l'autorisation  
*Name and address of authorization holder*

CRYOPORT SYSTEMS  
8 rue Jacqueline Auriol  
63100 CLERMONT-FERRAND

Adresse de l'établissement  
*Address of site*

CRYOPORT FRANCE  
ZAC de Champ Lamet  
Rue de Chambussière  
63430 PONT DU CHÂTEAU

URL du site web de l'établissement  
*URL of website of the site*

www.cryoport.com

**AUTORISATION / AUTHORIZATION**  
**Partie résumée / Summary**

1. Champ d'application et base juridique de  
l'autorisation  
*Scope and legal basis of authorization*

Annexe A / *Annex A*

Préparation / *Preparation*

Conservation / *Preservation*

Distribution / *Distribution*

Cession / *Transfer*

(Art. L.1243-2 – code de la santé publique / *French Public Health Code* ; Art. 6.1. – Directive 2004/23/CE)

Annexe B – Liste des procédés autorisés

*Annex B – List of authorized processes*

(Art. L.1243-2 – code de la santé publique / *French Public Health Code* ; Art. 6.2. – Directive 2004/23/CE)

Annexe C – Importation

*Annex C – Importation*

(Art. L.1245-5 II Section 1 & 2 – code de la santé publique / *French Public Health Code* ; Directives 2004/23/CE, (UE) 2015/566)

Annexe D – Exportation

*Annex D – Exportation*

(Art. L.1245-5 – code de la santé publique / *French Public Health Code* ; Directive 2004/23/CE)

2. Nom du responsable de l'autorité compétente  
*Name of responsible officer of the competent authority*

Signature

**ANNEXE A – VERSION 01**

**CATÉGORIES DE CELLULES ET ACTIVITÉS AUTORISÉES**

CATÉGORIES DE CELLULES	Détails	ACTIVITÉS AUTORISÉES			
		Préparation	Conservation	Distribution	Cession
<b>Cellule souche hématopoïétique de sang périphérique</b>	Autologue	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Allogénique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cellules souche hématopoïétique médullaire</b>	Autologue	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Allogénique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cellules souche hématopoïétique de sang placentaire</b>	Allogénique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cellule sanguine mononucléée</b>	Autologue	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Allogénique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**LISTE DES ACTIVITÉS RÉALISÉES PAR DES TIERS**

ACTIVITES REALISEES PAR DES TIERS	COORDONNÉES DES TIERS
AUCUNE	N/A

Nom du responsable de l'autorité compétente

Signature