

Merci de retourner ce formulaire à florent.goussard@mnhn.fr et nathalie.poulet@mnhn.fr

Nom : **Prénom :** **Mail :**

Date de la demande : **Délai souhaité :**

Description du projet :

Fichiers fournis pour la réalisation du projet :

Format : TIFF JPEG DICOM
Autres

Profondeur de l'image : 8 bits 16 bits

Poids des données :

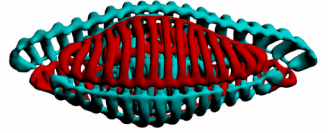
Origine : CT scan Synchrotron CT scan médical
Autres

Sorties souhaitées : Captures écran Vidéo PDF 3D
Autres

Partie réservée équipe imagerie 3D

Délai estimé : **Date début traitement :** **Date de livraison :**

Traité par : Florent Nathalie

**COMMENTAIRES - EQUIPE 3D**