**SOLICITUD DE SERVICIOS A LA PLATAFORMA DE BIOLOGÍA CELULAR**

*Grupos de investigación / investigadores adscritos al IIS La Fe*

|  |
| --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE** |
| Referencia Solicitud: |  |
| Solicitante |  |
| Grupo de Investigación / Servicio:  |  |
| Nombre del IP\* *(si es diferente al Solicitante*):  |  |
| Teléfono:  |  | Móvil:  |       | E-mail: |  |
| **FORMA DE PAGO** |
| Usuario **adscrito** al IIS La Fe\* | [x]  Imputación al proyecto: 2021-327-1[ ]  Imputación al ensayo clínico       |

*\* Datos a cumplimentar obligatoriamente para los usuarios adscritos al IIS La Fe*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CÓDIGO** | **Describa el servicio o indique el equipo solicitado (en caso del microscopio confocal indique los láseres que necesitará)** | **Tipo de muestra ¿Existe riesgo biológico?Si/NO** | **Unidades solicitadas (horas, portas, bloques muestras…)** | **Precio unidad**(IIS La Fe) | **Precio total** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **TOTAL PRESUPUESTO (*IVA no incluido)*** |   **€** |
| Solicito el servicio aquí indicado, acepto el presupuesto y asumo el compromiso de abonarlo a través de la Fundación para la Investigación del Hospital La Fe, que actuará como entidad gestora de esta solicitud.  |
| **Aceptación del Solicitante**  | **V.B. Gestión Económica IIS La Fe** | **Aceptación por parte de Biología Celular** |
| **Nombre:** **Fecha:**  | **Nombre:** **Fecha:**  | **Nombre:** **Fecha:**  |