**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\* | | | 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:** | | |