|  |  |
| --- | --- |
| **Nº SOLICITUD:** | **UCT12-2019/XXXX** |
| **Fecha de solicitud:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE** | | | | | | |
| Nombre del solicitante (IP) | |  | | | | |
| 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:  Imputación al ensayo clínico  Imputación ente concertante | | | |

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRESUPUESTO** | | | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIPCIÓN** | | | **UNIDADES** | **TARIFA** | **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 Investigador Principal (como solicitante)** | | **V.B. Gestión Económica IIS La Fe** | **Aceptación Plataforma** | | | |
| **Nombre:**  **Fecha:** | | **Nombre:**  **Fecha:** | **Nombre:**  **Fecha:** | | | |