|  |  |
| --- | --- |
| **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:**  |