

TIPO DE SOLICITUD (Marcar con una "X" la opción que corresponda)			
Proyecto de investigación		Ensayo clínico	
			Extensión diagnóstica

**DATOS DEL/LA SOLICITANTE (Datos obligatorios a completar por el/la solicitante)**

NOMBRE Y APELLIDOS			
GRUPO DE INVESTIGACIÓN/SERVICIO			
INSTITUCIÓN			
DIRECCIÓN POSTAL			
TELÉFONO/S		MAIL	
TÍTULO DEL PROYECTO/ENSAYO Y REFERENCIA (Indicar "NP" en caso de extensión diagnóstica)			

**DATOS DE LAS MUESTRAS SOLICITADAS (Datos obligatorios a completar por el solicitante)**

Nº CASOS		TIPO DE MUESTRAS/CASO (Ejemplo: suero, plasma, ADN...)	
CANTIDAD SOLICITADA	<input type="checkbox"/> Volumen..... (Indicar las unidades: mL, µL...) <input type="checkbox"/> Cantidad..... (Indicar las unidades: ng, µg...) <input type="checkbox"/> Concentración..... (Indicar las unidades: ng/µL...)		
¿SE ADJUNTA ANEXO COMPLEMENTARIO? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
CONTROLES DE CALIDAD ADICIONALES	<input type="checkbox"/> QUBIT® <input type="checkbox"/> Otros (describir)..... <i>Nota: el Biobanco La Fe realiza controles de calidad básicos (cuantificación e/o integridad) de las muestras que proporciona.</i>		

**DATOS DE FACTURACIÓN (Estos datos serán utilizados para emitir la correspondiente factura en caso de solicitudes externas)**

CIF		NOMBRE FISCAL	
DIRECCIÓN			
CONTACTO DPTO. ADMINISTRACIÓN (Nombre, teléfono y mail)		REF. PROYECTO	

En cumplimiento de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que los datos que se recaben en el presente formulario serán incorporados a un fichero de datos automatizado de carácter confidencial debidamente inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos. A tales efectos, usted podrá ejercer sus derechos de oposición, acceso, cancelación y rectificación, reconocidos en la citada Ley en materia de protección de datos de carácter personal.

Con la firma de este documento se aceptan los compromisos establecidos en la versión vigente del "ACUERDO DE TRANSFERENCIA DE MATERIAL" enviado al investigador/solicitante.

Fdo.:.....  
Investigador responsable. Fecha...../...../.....

Fdo.: Dr. José Cervera Zamora.....  
Director Científico Biobanco La Fe. Fecha...../...../.....

Fdo.: Representante legal solicitante<sup>1</sup>.....Fecha...../...../.....

<sup>1</sup> Sólo en caso que el RECEPTOR esté afiliado a una institución diferente a la que pertenece el Biobanco La Fe.