**SOLICITUD DE SERVICIOS A LA UNIDAD DE CITÓMICA**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | **Nº SOLICITUD:** | |  | |
| **DATOS DEL SOLICITANTE** | | | | | | | | |
| Fecha de solicitud: | |  | | | | | | |
| 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 | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRESUPUESTO** | | | | |
| **CÓDIGO** | **DESCRIPCIÓN** | **Precio**  (IIS La Fe) | **Precio**  **unitario** | **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 (sello)** | **V.B. Gestión Económica IIS La Fe** | **Aceptación Unidad de Citómica** |
| **Nombre:**  **Fecha:** | **Nombre:**  **Fecha:** | **Nombre:**  **Fecha:** |