|  |
| --- |
| ***Investigador Solicitante*** |
| **NOMBRE Y APELLIDOS:** |  |
| **AFILIACIÓN:** |  |
| **DIRECCIÓN/Laboratorio:** |  |
| **TELÉFONO:** |  |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** |  |
| ***Datos de Facturación*** |
| **NOMBRE Y APELLIDOS del IP** |  |
| **AFILIACIÓN:** |  |
| **DIRECCIÓN:** |  |
| **NIF:** |  |
| ***Servicios solicitados*** |
| **EQUIPO:** |  |
| **Fluoróforos:** |  |
| **Día solicitado:** |  |
| **Horario:** |  |
| **Asistencia Técnica** |  **Si**  |  **No**  |
| **Otros (CO2, T, TimeLapse, …)** |  |

Firma del solicitante Firma del Responsable

* Nota: La firma de esta solicitud implica la aceptación de las normas y tarifas vigentes de uso del equipo.