|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***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.