(1) SOLICITUD DE SERVICIO Nº:	

DATOS DEL SOLICITANTE			
NOMBRE Y APELLIDOS			
CENTRO / ORGANISMO			
DEPARTAMENTO			
TELÉFONO		E-MAIL*	

DATOS DE FACTURACIÓN			
INVESTIGADOR PRINCIPAL			
TELÉFONO		E-MAIL	
ORGANISMO / CENTRO			
DEPARTAMENTO			
PROYECTO		Nº CONTABILIDAD	
CENTRO GESTOR		FECHA FIN DE PROYECTO	
DOMICILIO FISCAL			
DOMICILIO POSTAL			
CIF			

ANÁLISIS SOLICITADOS						
EQUIPOS	NEOX700 ☐	NEO500 ☐	NEO400WB ☐	NEO300 ☐	AVIII300 ☐	
TIPO DE NÚCLEO	^{1}H ☐	^{13}C ☐	^{19}F ☐	^{31}P ☐	^{29}Si ☐	OTROS
EXPERIMENTOS						
TIPO DE MUESTRA					Nº DE MUESTRAS	
Tª CONSERVACION	AMBIENTE ☐	NEVERA ☐	CONGELADOR ☐	DESECADOR ☐	ARCON -80º C ☐	
DEVOLUCIÓN MUESTRA	SI ☐ (no se devolverán las muestras excepto que se solicite de forma específica, marcando esta casilla)					
CÓDIGO DE LA MUESTRA (2)						
OBSERVACIONES						

ENTREGA DE RESULTADOS			
TIPO DE RESULTADOS	DATOS ☐	DATOS + PROCESADO ☐	INFORME TÉCNICO (coste adicional) ☐
PLAZO DE ENTREGA		NOTIFICACION DE RESULTADOS	

OBSERVACIONES

*E-Mail al que se enviarán los resultados. (1) campo a rellenar por la Unidad. (2) en el caso de un número elevado de muestras, indicar en este campo la referencia del archivo adjunto en el que se incluye la relación de muestras.

Fecha:
Firma del Solicitante

Fecha:
VºBº Investigador Principal

Fecha:
Aceptado por la Unidad (Técnico Responsable)

Unidad de Resonancia Magnética (CAI Técnicas Químicas). Aulario Facultad CC. Químicas. Planta sótano. Madrid
Teléfono de Contacto: 91 394 43 46
email: cairmn@ucm.es