

(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	AVIII700 <input type="checkbox"/> AV500 <input type="checkbox"/> AV400WB <input type="checkbox"/> NEO300 <input type="checkbox"/> AVIII300 <input type="checkbox"/>
TIPO DE NÚCLEO	^1H <input type="checkbox"/> ^{13}C <input type="checkbox"/> ^{19}F <input type="checkbox"/> ^{31}P <input type="checkbox"/> ^{29}Si <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>
EXPERIMENTOS	
TIPO DE MUESTRA	Nº DE MUESTRAS
Tª CONSERVACION	AMBIENTE <input type="checkbox"/> NEVERA <input type="checkbox"/> CONGELADOR <input type="checkbox"/> DESECADOR <input type="checkbox"/> ARCON -80º C <input type="checkbox"/>
DEVOLUCIÓN MUESTRA	SI <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> DATOS + PROCESADO <input type="checkbox"/> INFORME TÉCNICO (coste adicional) <input type="checkbox"/>
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)