

SOLICITUD DE SERVICIO N° ⁽¹⁾

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

DATOS DE FACTURACIÓN			
INVESTIGADOR PRINCIPAL			
ORGANISMO / CENTRO			
DEPARTAMENTO			
PROYECTO		Nº CONTABILIDAD	
CENTRO GESTOR			
DOMICILIO FISCAL			
DOMICILIO POSTAL			
CIF			
TIPO DE USUARIO	UCM ☐	OPI ☐	EMPRESA ☐
TIPO DE TARIFA	TARIFA A ⁽²⁾ ☐	TARIFA B ☐	TARIFA C ☐

ANÁLISIS SOLICITADOS			
EQUIPOS	IRM ☐	IRM/PET ☐	PET/CT ☐
	IÓPTICA Luminiscencia ☐		IÓPTICA Fluorescencia ☐
AUTOSERVICIO	IRM (ICON1T) ☐		IÓPTICA ☐
TIPO DE MUESTRA [‡]			Nº DE MUESTRAS
RIESGO BIOLÓGICO	NO ☐	SI ☐	TIPO
Tª CONSERVACION	AMBIENTE ☐	REFRIGERADO ☐	CONGELADO ☐
DEVOLUCIÓN MUESTRA	SI ☐ (no se devuelven muestras excepto que se solicite de forma específica, marcando esta casilla)		
CÓDIGO DE LA MUESTRA ⁽³⁾			
OBSERVACIONES			

CONDICIONES DEL ANÁLISIS			
CÓDIGO DEL ENSAYO ⁽¹⁾			
TIPO DE ESTUDIO ⁽¹⁾			
AGENTES DE CONTRASTE		RADIOFARMACO	SONDA IÓPTICA
OBSERVACIONES			

ENTREGA DE RESULTADOS			
TIPO DE RESULTADOS	DATOS ☐	DATOS + PROCESADO ☐	INFORME TÉCNICO (coste adicional) ☐
PLAZO DE ENTREGA ⁽¹⁾		NOTIFICACION DE RESULTADOS ⁽¹⁾	

OBSERVACIONES

*E-Mail al que se enviarán los resultados. ⁽¹⁾ Campo a rellenar por la ICTS. ⁽²⁾ Para proyectos no gestionados por la UCM, el IP de la UCM deberá justificar su participación. ⁽³⁾ En el caso de múltiples muestras, indicar en este campo la referencia del archivo adjunto en el que se incluye la relación de muestras.

[‡] En el caso de ANIMALES VIVOS, el IP certifica que cumple los requisitos establecidos en <https://cai.ucm.es/bioimagen/servicios.php>

Fecha:
Firma del Solicitante

Fecha:
VºBº Investigador Principal

Fecha:
Aceptado por la ICTS (Técnico Responsable)