

SOLICITUD DE SERVICIO Nº ⁽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 <input type="checkbox"/>	OPI <input type="checkbox"/>	EMPRESA <input type="checkbox"/>
TIPO DE TARIFA	TARIFA A <input type="checkbox"/>	TARIFA B <input type="checkbox"/>	TARIFA C <input type="checkbox"/>

ANÁLISIS SOLICITADOS			
EQUIPOS	IRM <input type="checkbox"/>	ESPECTROSCOPIA RM/HRMAS <input type="checkbox"/>	PET <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/>
TIPO DE MUESTRA			Nº DE MUESTRAS
Tª CONSERVACION	AMBIENTE <input type="checkbox"/>	REFRIGERADO <input type="checkbox"/>	CONGELADO <input type="checkbox"/> ARCON -80º C <input type="checkbox"/>
DEVOLUCIÓN MUESTRA	SI <input type="checkbox"/> (no se devuelven muestras excepto que se solicite de forma específica, marcando esta casilla)		
CÓDIGO DE LA MUESTRA ⁽²⁾			
OBSERVACIONES			

CONDICIONES DEL ANÁLISIS	
CÓDIGO DEL ENSAYO ⁽¹⁾	
TIPO DE ESTUDIO ⁽¹⁾	
AGENTES DE CONTRASTE	RADIOFARMACO
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 ICTS. ⁽²⁾ en el caso de múltiples 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 ICTS (Técnico Responsable)