

**SOLICITUD DE SERVICIO**

Nº _____

CAI Unidad de Análisis del Comportamiento
Facultad de Psicología

Campus de Somosaguas

Teléfono: 91394 3224

28223 Madrid

Web: www.ucm.es/taceMail: scifp@ucm.esWeb: cai.ucm.es/tecnicas-analisis-comportamiento/**Datos del solicitante:**

Apellidos y Nombre del SOLICITANTE _____

DEPARTAMENTO _____

CENTRO _____

Extensión o eMail _____

Apellidos y Nombre del USUARIO
(si va a ser distinto del solicitante) _____**NORMAS ÉTICAS:** El solicitante manifiesta conocer y se compromete a cumplir las normas éticas aplicables.

Información básica sobre protección de datos del tratamiento: Control de Accesos			
Responsable: Gerencia UCM	+info...	Finalidad: Control del acceso a centros de la UCM	+info...
Legitimación: Misión en interés público	+info...	Destinatarios: No se cederán datos, salvo obligación legal	+info...
Derechos: Acceder, rectificar y suprimir los datos, además de otros derechos, explicados en la información adicional +info...			
Información adicional: puede consultarla en: https://www.ucm.es/data/cont/docs/3-2018-03-14-Info-Adic-ControlAccesos.pdf			

Información básica de protección de datos del tratamiento: Proveedores			
Responsable: Gerencia UCM	+info...	Finalidad: Facturación por servicios prestados y pago de facturas	+info...
Legitimación: Misión en interés público	+info...	Destinatarios: Se prevén cesiones	+info...
Derechos: Acceder y rectificar los datos, así como otros derechos, explicados en la información adicional +info...			
Información adicional en: https://www.ucm.es/data/cont/docs/3-2018-03-13-Info-Adic-Tratamiento-Proveedores19.pdf			

NORMAS DE UTILIZACIÓN DEL CAI TAC: Disponibles en www.ucm.es/tac**Declaración COVID 19:** Durante la utilización del CAI Técnicas de Análisis del Comportamiento, me comprometo a aplicar las medidas establecidas por las autoridades competentes, tanto a nivel general para el conjunto de la población como a nivel de la Universidad Complutense de Madrid.Madrid a ____ de _____ de 20__ **FIRMA:****Se solicita la utilización de los siguientes servicios:**

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Audiómetro | <input type="checkbox"/> IOPI 2.3 | <input type="checkbox"/> Pulsioxímetro | <input type="checkbox"/> Sonómetro |
| <input type="checkbox"/> Aula de visionado | <input type="checkbox"/> Movimientos oculares | <input type="checkbox"/> Realización Audio | <input type="checkbox"/> Taquistoscopio |
| <input type="checkbox"/> Digitalización / Duplicado | <input type="checkbox"/> MultiTENS | <input type="checkbox"/> Realización Video | <input type="checkbox"/> Virtual Ret |
| <input type="checkbox"/> Edición Video | <input type="checkbox"/> Myoplus 2 PRO | <input type="checkbox"/> SCAN ó Emotiv EEG | |
| <input type="checkbox"/> Equipo móvil video ENG | <input type="checkbox"/> Neurobit | <input type="checkbox"/> Set de grabación HD | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Equipo móvil video ENG HD | <input type="checkbox"/> Psious ó Gafas RV | <input type="checkbox"/> Espacios inv. con pequeño equipamiento | |

Breve descripción del trabajo a realizar / observaciones

Periodo de utilización:

<input type="checkbox"/>	Día: ____/____/____	Hora de inicio: _____	Hora de finalización: _____
<input type="checkbox"/>	Día: ____/____/____	Hora de inicio: _____	Hora de finalización: _____
<input type="checkbox"/>	Día: ____/____/____	Hora de inicio: _____	Hora de finalización: _____
<input type="checkbox"/>	Día: ____/____/____	Hora de inicio: _____	Hora de finalización: _____
<input type="checkbox"/>	Entre ____/____/____ y ____/____/____	Hora de inicio y finalización : ____ - ____	

Se facturarán todas las horas no canceladas con antelación.

Datos del Proyecto, Contrato, Empresa, etc....

Nombre del IP, Responsable, Contacto,
etc.....

Título / Crédito

Centro gestor del Crédito

Domicilio del Centro Gestor

CIF o NIF

Persona de contacto en centro gestor
(nombre y teléfono)

Datos adicionales para la realización de la
factura

Tarifas equipos:

Tarifa a aplicar por hora de uso

A (U.C.M.)

B (Organismos públicos)

C (Particulares y empresas)

☐
☐
☐

	Tarifa A (€)	Tarifa B* (€)	Tarifa C* (€)
Movimientos oculares	4,1	10,1	20,3
SCAN ó Emotiv EEG	8,5	18,0	25,7
Taquiscopio	1,0	3,4	11,1
Audiómetro	1,0	2,3	15,4
Sonómetro	1,3	3,7	16,8
Set de grabación HD	15,0	42,0	59,0
Realización Video	12,2	33,5	47,2
Realización Audio	2,1	9,8	23,0
Equipo móvil video ENG	2,6	5,6	12,2
Equipo móvil video ENG HD	4,4	9,0	18,0
Digitalización/Duplicado	1,0	n.d.	n.d.
Edición Video	5,7	14,2	27,7
Aula de Visionado	2,1	5,9	19,0
Virtual Ret	1,0	2,8	9,0
MyoPlus 2 PRO	2,5	5,0	7,5
MultiTENS	1,5	4,2	6,5
IOPI 2.3	3,5	7,0	10,5
Pulsioxímetro	1,5	4,2	6,5
Psious ó Gafas RV	1,5	4,2	13,6
Neurobit	2,5	5,0	7,5
Espacios inv. con pequeño equipamiento	1,5	n.d.	n.d.

*En el caso de las tarifas B y C deberá añadirse el IVA correspondiente.

A rellenar por el CAI:

Recibe la solicitud: _____ Fecha: _____

Realiza el trabajo: _____ Fecha: _____

Entrega el trabajo realizado: _____ Fecha: _____