|  |
| --- |
| **TIPO DE SOLICITUD** *(Marcar la opción que corresponde)* |
| **Proyecto de investigación**:[ ]  | **Ensayo Clínico**:[ ]  |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL/LA SOLICITANTE** |
| **Nombre y apellidos** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Grupo de investigación/servicio** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Institución** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Dirección postal** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Teléfono:** | Haga clic aquí para escribir texto. | **Mail** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Título del proyecto/ensayo y referencia** | Haga clic aquí para escribir texto. |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LAS MUESTRAS SOLICITADAS** |
| **Nº de muestras:** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Tipo de muestras #1(Ej: suero, plasma, ADN)** | Haga clic aquí para escribir texto. | **Volumen:**Haga clic aquí para escribir texto. | **Cantidad:**Haga clic aquí para escribir texto. | **Concentración:**Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Tipo de muestras #2(Ej: suero, plasma, ADN)** | Haga clic aquí para escribir texto. | **Volumen:**Haga clic aquí para escribir texto. | **Cantidad:**Haga clic aquí para escribir texto. | **Concentración**:Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Tipo de muestras #3(Ej: suero, plasma, ADN)** | Haga clic aquí para escribir texto. | **Volumen:**Haga clic aquí para escribir texto. | **Cantidad:**Haga clic aquí para escribir texto. | **Concentración:**Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Observaciones** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Datos clínicos mínimos necesarios para el proyecto:** | Haga clic aquí para escribir texto. |

|  |
| --- |
| **DATOS DE FACTURACIÓN** |
| **Nombre fiscal:** | Haga clic aquí para escribir texto. | **CIF** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Dirección:** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Contacto Dpto. Administración** *(Nombre, teléfono, mail)* | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Ref. Proyecto** | Haga clic aquí para escribir texto. |

|  |
| --- |
| **DATOS DE ENVÍO DE LAS MUESTRAS** *(Rellenar sólo si es diferente a la dirección del investigador solicitante)* |
| **Persona de contacto:** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Cargo:** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Institución:** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Dirección:** | Haga clic aquí para escribir texto. | **CP:** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Mail:** | Haga clic aquí para escribir texto. |

|  |
| --- |
| **COMPROMISOS DEL INVESTIGADOR SOLICITANTE** |
| * *Hacer uso del material proporcionado por el biobanco en las condiciones de bioseguridad establecidas por la legislación vigente.*
* *Asegurar la trazabilidad de la muestra en caso de no haber sido anonimizada.*
* *Garantizar la disponibilidad de la información genética o de los resultados de la investigación que, en su caso, se obtenga del análisis de las muestras.*
* *No ceder muestras a otros investigadores para proyectos diferentes al mencionado en la solicitud.*
* *Enviar en el término de 1 año una memoria de la investigación realizada así como una copia de los artículos científicos publicados que se deriven de la investigación de las muestra.*
* *Destruir o devolver al biobanco el material sobrante una vez finalizado el proyecto.*
* *El Biobanco aparecerá como proveedor de las muestras biológicas y/o datos y/o imágenes en cualquier comunicación o publicación derivada de la investigación, al menos en los apartados de Material y Métodos y en Agradecimientos. Se remitirá una copia de la misma al biobanco. Se utilizará la siguiente fórmula:*

**En Materiales y Métodos:** “*Las muestras y datos de pacientes incluidos en este estudio fueron proporcionados por el Biobanco del Consorcio Hospital General de Valencia, integrado en la Red Valenciana de Biobancos, con la aprobación de sendos Comités Ético y Científico, y han sido procesados siguiendo procedimientos normalizados”*“*Samples and data from patients included in this study were provided by the Consorcio Hospital General de Valencia Biobank, integrated in the Valencian Biobanking Network, and they were processed following standard operating procedures with the appropriate approval of the Ethics and Scientific Committees*”,**En Agradecimientos:** *“Agradecemos particularmente a los pacientes y al Biobanco del Consorcio Hospital General de Valencia* *integrado en la Red Valenciana de Biobancos su colaboración”*“*We want to particularly acknowledge the patients and the* *Consorcio Hospital General de Valencia* *Biobank integrated in the Valencian Biobanking Network for their collaboration*”. |

*En cumplimiento de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que los datos que se recaben en el presente formulario serán incorporados a un fichero de datos automatizado de carácter confidencial debidamente inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos. A tales efectos, usted podrá ejercer sus derechos de oposición, acceso, cancelación y rectificación, reconocidos en la citada Ley en materia de protección de datos de carácter personal.*

*Con la firma de este documento se aceptan los compromisos establecidos en la versión vigente del* ***“ACUERDO DE TRANSFERENCIA DE MATERIAL”*** enviado al investigador/solicitante.

|  |  |
| --- | --- |
| **Fdo: Haga clic aquí para escribir texto.***Investigador responsable*Fecha…. /……. /…….. | **Fdo: Dra. Goitzane Marcaida Benito***Directora Científica Biobanco HGUV*Fecha…. /……. /…….. |
| **Fdo: Haga clic aquí para escribir texto.***Representante legal solicitante\** Fecha…. /……. /…….. |  |
| *\* Solo en el caso que el RECEPTOR esté afiliado a una institución distinta a la que pertenece el Biobanco HGUV.* |