|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE SOLICITUD** *(Marcar la opción que corresponde)* | | |
| Procesamiento de muestras: | Custodia: | Soporte para la ejecución de un proyecto: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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. | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SERVICIO DE PROCESADO DE MUESTRAS** | | |
| **SERVICIO** | **Nº DE MUESTRAS** | **OBSERVACIONES** |
| Congelación de tejido con criopreservante | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Congelación de tejido sin criopreservante | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Extracción de ADN de sangre | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Obtención de PBMCs | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Extracción y alicuotado de muestras líquidas | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Cuantificación por espectrofotometría de ADN | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Cuantificación por fluorometría de ADN | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **CUSTODIA DE MATERIAL BIOLÓGICO** | | |
| **SERVICIO** | **Nº DE CAJAS** | **OBSERVACIONES** |
| Caja S (caja 96 alícuotas de 0.65ml) | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Caja M (caja de 96 alícuotas de 1.4ml) | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Caja L (caja de 81 alícuotas de 2ml) | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **SOPORTE PARA LA EJECUCIÓN DE UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN** | | |
| **Colaboración en proyecto**: Metodología de trabajo, procesado de muestras, custodia, controles de calidad y asesoramiento técnico, científico y ético referente a la captación, almacenamiento y gestión de muestras humanas en investigación biomédica. | | |

*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 el solicitante se compromete a la aceptación del* ***presupuesto*** *emitido para el servicio solicitado.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Fdo: Haga clic aquí para escribir texto.** *Investigador solicitante*  Fecha…. /……. /…….. |  |