|  |
| --- |
| **UNIDAD DE METABOLÓMICA****Solicitud de Prestación de Servicios****Anexo I** |
| **A RELLENAR POR LA UNIDAD** |
| **Nº DE SOLICITUD:**   | **FECHA DE SOLICITUD:**   |
| **FECHA DEL SERVICIO:**  |
| **DATOS DEL USUARIO** |
| Nombre y Apellidos  |
| Categoría  |
| Departamento  | Institución  |
| Dirección  | C.P.  | Localidad  |
| Teléfono  | Correo electrónico  |
| **PERSONA QUE AUTORIZA EL GASTO** |
| Nombre y Apellidos  |
| Función o cargo: Director Departamento / Jefe Servicio / IP  |
| **Tipo de Usuario:**Interno [ ]  Externo Público [ ]  Externo Privado [ ]  |
| **DATOS DEL PROYECTO/CONTRATO** |
| Titulo  |
| Referencia  |
| **DATOS DEL FACTURACIÓN** |
| Nombre o Razón social:  |
| C.I.F  |
| Dirección  |
| Teléfono  | FAX  |
| Correo electrónico  |
| **SERVICIO SOLICITADO** |
| **Descripción**   |
| Horas empleadas / Nº de muestras  | Tarifa del servicio solicitado  | Importe total  |
| **AUTORIZACIÓN DEL GASTO** |
| Director del Dpto /Jefe de Servicio / IP / Responsable | Usuario autorizado | Técnico a cargo del equipo |

(\*) Se recomienda contactar con los especialistas del servicio para la estimación aproximada de las horas de reserva