|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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