**FUNDACIÓN INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE NAVARRA** Recinto del Complejo Hospitalario de Navarra\_Calle Irunlarrea 3\_Pamplona 31008

|  |  |
| --- | --- |
| **Plataforma** | **PROTEOMICA** |
| **Ubicación** | **Navarrabiomed**  Planta 2  C/ Irunlarrea 3, Complejo Hospitalario de Navarra  31008 Pamplona (Navarra) |
| **Contacto** | **D. Joaquín Fernández Irigoyen**  +34 848.425.740  [**jernani@navarra.es**](mailto:jernani@navarra.es) |

**Instrucciones:**

El solicitante deberá cumplimentar el presente formulario, y enviarlo a la dirección de contacto indicada en la parte superior del presente documento.

1. Datos del solicitante

Nombre y Apellidos Teléfono email

Entidad Departamento/Servicio

Calle

Población CP Provincia País

1. Datos de facturación

Entidad

CIF

Departamento/Persona de contacto

Calle

Población CP Provincia País

1. Datos de envío de factura (en caso de que no coincida con la dirección de facturación)

Entidad

Departamento/Persona de contacto

Calle

Población CP Provincia País

**Fecha de solicitud**

**Firma**

A rellenar por la plataforma

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº Registro** |  |
| **Fecha recepción** |  |
| **Presupuesto** |  |
| **Importe** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicios Solicitados** | | | | |
| **Determinación de Masa Molecular** |  |  | **Identificación de Proteínas** |  |
| **Proteómica diferencial (Label-free)** |  |  | **MRM** |  |
| **Proteómica diferencial (iTRAQ)** |  |  | **SDS-PAGE** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Datos de la Muestra** | |
| **Origen (Tejido, cultivo celular, fluido…)** |  |
| **Especie** |  |
| **Número Total de Muestras** |  |
| **Complejidad de la muestra1** |  |
| **Seguridad2** |  |
| **Información adicional** |  |

1Indicar si corresponde a una fracción total, parcial o purificada de algún órgano o tejido.

2Es importante que el usuario advierta de los posibles riesgos que pueda conllevar la manipulación del material, ya sean tóxicos o biológicos, así como de las medidas de seguridad que sean necesarias. Si el material tuviera riesgo de infección deberá manifestarse, explicando las condiciones en que debe ser manipulado.

**DATOS ENTREGA**

(a cumplimentar por la Plataforma en el momento de la entrega)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Retirado por:** | Nombre y Apellidos: |  |
| Firma: | Email: |  |
| Tfno contacto |  |
| Lab/Dpto. |  |
|  | | |
| **Entregado por:** | Nombre y Apellidos: |  |
|  | Fecha: |  |
| **Observaciones:** |  | |