|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Plataforma**  **FUNDACIÓN INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE NAVARRA** Recinto del Complejo Hospitalario de Navarra\_Calle Irunlarrea 3\_Pamplona 31008 | **SERVICIO DE EXPERIMENTACION ANIMAL** | | |
| **Ubicación** | **Universidad de Navarra**  Planta 0, Edificio CIFA - Planta 0, Edificio EXPERIMENTACION  C/ Irunlarrea 1  31008 Pamplona (Navarra)  **Centro de Investigación Médica Aplicada**  Planta -1, Edificio CIMA  Avda. Pío XII 55  31008 Pamplona (Navarra) | **Universidad Pública de Navarra**  Lab. de Experimentación Animal, Edificio El Sario, Planta Baja  Finca de prácticas y de Investigación Agrícola  Campus Arrosadia, 31006 Pamplona (Navarra) |
| **Contacto** | **Dª. Elena Ciordia Balduz**  [**eciordia@unav.es**](mailto:eciordia@unav.es)  948.425.600, Ext. 1112  948.1964.700, Ext. 6011  [**animalario@unav.es**](mailto:animalario@unav.es)*(se ruega prioricen el contacto a través de esta cuenta)* | **D. Florencio Marzo Pérez**  [**sctai@unavarra.es**](mailto:sctai@unavarra.es)  948.169.293 |

**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** |  |

**ANEXO**

* Nª Protocolo Ético Autorizado:
* Especie Animal:  Rata  Ratón  Hámster  Cobaya

Cerdo  Perro  Macaco  Conejo

Otros (indicar): ………………………………………...

* Personal investigador que necesitara acceder a las instalaciones
* Fecha prevista uso: Inicio: Fin:

INDICAR en qué instalaciones quiere desarrollar el procedimiento y qué recursos va a necesitar:

CIMA  SPF  Convencional  P2  P3  Cuarentena

CIFA  Alquiler habitación uso exclusivo

Trabajo bajo normas BPLs

Ed. Experimentación  Alquiler habitación uso exclusivo

Trabajo bajo normas BPLs

UPNA  Lab. Experimentación Animal  Finca de prácticas y de Investigación Agrícola

**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:** |  | |