|  |  |
| --- | --- |
| **Plataforma** | **INSTALACION RADIOACTIVA** |
| **Ubicación** | **Centro de Investigación Médica Aplicada** Planta -1/ Laboratorio 4.03Avda. Pío XII 55, Edificio CIMA31008 Pamplona (Navarra) |
| **Contacto** | **Dña . Lourdes Ortiz Hernández**948.194.700, Ext. 5010**lortiz@unav.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** |  |

**ANEXO**

En el momento de la entrega de las muestras en la Plataforma se debe indicar el número de muestras a irradiar y la dosis total de irradiación solicitada para las mismas. Las unidades a las que se hace referencia en el listado inferior:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Datos muestra** | **Dósis**   |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| 15 |  |  |
| 16 |  |  |
| 17 |  |  |
| 18 |  |  |
| 19 |  |  |
| 20 |  |  |
| 21 |  |  |
| 22 |  |  |
| 23 |  |  |
| 24 |  |  |
| 25 |  |  |
| 26 |  |  |
| 27 |  |  |
| 28 |  |  |
| 29 |  |  |
| 30 |  |  |

Antes de solicitar este Servicio es conveniente contactar con el responsable de la Plataforma para concretar las características de la irradiación a realizar en función del tipo de muestra a irradiar.

**DATOS ENTREGA**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Facturación**  | SARRP Asistido |  |
| Firma: | SARPP Autoservicio |  |
| GammaCell Asistido |  |
| GammaCell Autoservicio |  |
|  |
|  |  |  |
| **Fecha:** |  |  |
|  |  |
| **TOTAL FACTURACION** |  |