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

|  |  |
| --- | --- |
| **Plataforma** | **ENSAYOS CLINICOS** |
| **Ubicación** | **Clínica Universidad de Navarra** Planta 1-7Avda. Pío XII 36, Edificio CIMA, 31008 Pamplona (Navarra) | **Navarrabiomed** Planta 2C/ Irunlarrea 3, Edificio CIB31008 Pamplona (Navarra) |
| **Contacto** | **D. Gabriel Canel**948.255.400, Ext. 1147**gcanel@unav.es****eecc@unav.es***(se ruega prioricen el contacto a través de esta cuenta)* | **D. Ferrán Capdevila Bastons**+34 848.422.163**fcapdevb@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** |  |

**ANEXO**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**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:** |  |