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

|  |  |
| --- | --- |
| **Plataforma** | **QUIROFANO EXPERIMENTAL** |
| **Ubicación** | **Universidad de Navarra** Planta 0C/ Irunlarrea 3, Edificio Experimentación 31008 Pamplona (Navarra) |
| **Contacto** | **Dª. Gloria Abizanda Sarasa**948.255.400, Ext. 5162**gabizanda@unav.es****quirexp@unav.es***(se ruega prioricen el contacto a través de esta cuenta)* |

**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**

**Director o Responsable del proyecto:**

**Título del Proyecto**:

**Financiación/Partida de gasto:**

**Tipo de experimento o práctica:**

|  |  |
| --- | --- |
| Proyecto investigación |  |
| Práctica de grado |  |
| Práctica de postgrado |  |

**Número de protocolo ético autorizado:**

**Fecha prevista de inicio y final:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Inicio: |  | Final: |  |

**Previsión de uso** (ej: semanal, quincenal, mensual…)**:**

**Animales que se van a utilizar:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Especie:  |  | Nº total: |  |

**Resumen del experimento o práctica:**

**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:** |  |