|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Plataforma** | **IMAGEN** | |
| **Ubicación** | **Centro de Investigación Médica Aplicada**  Planta 0, Laboratorio B.02  Avda. Pío XII 55, Edificio CIMA  31008 Pamplona (Navarra) | **Navarrabiomed**  Planta 2  C/ Irunlarrea 3, Edificio CIB (recinto del Complejo Hospitalario de Navarra)  31008 Pamplona (Navarra) |
| **Contacto** | **D. Carlos Ortiz de Solórzano**  948.194.700, Ext. 5019  [**codesolorzano@unav.es**](mailto:codesolorzano@unav.es)  [**umi@unav.es**](mailto:umi@unav.es)*(se ruega prioricen el contacto a través de estas cuentas)* | **D. David Guerrero Setas**  848.422.186  [**dguerres@navarra.es**](mailto:dguerres@navarra.es) |

**DATOS DE ENTRADA (a cumplimentar por la Plataforma en el momento de petición)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº Registro Interno** | number |
| **Fecha recepción** | seleccionar fecha |
| **Nº de Presupuesto**  **(en caso de haberse realizado)** | number |
| **Importe** | number |

**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 Apellidostext | | | | | |
| Departamentotext | | | | | |
| Entidadtext | | | | | |
| Direccióntext | | | | CPnumber | |
| Poblacióntext | | Provinciatext | | | |
| Tf.number | | Correoelectrónicotext | | | |
| El solicitante declara que pertenece a IDISNA: | | | SI | | NO |
| En caso afirmativo indique: | CódigoGruponumber | | | |  |
| Área**/**Estructuratext  **FUNDACIÓN INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE NAVARRA** Recinto del Complejo Hospitalario de Navarra\_Calle Irunlarrea 3\_Pamplona 31008 | | | | |
|  |  | | | | |

1. **Datos de facturación**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre o Razón Socialtext | | |
| CIFtext | | |
| Departamento/Persona de contactotext | | |
| Direccióntext | | CPnumber |
| Poblacióntext | Provinciatext | |
| Proyecto/Referencia/Partida de gastonumber | | |

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

Entidad text

Departamento/Persona de contacto text

Calle text

Población text CP number Provincia text

Fecha de solicitudseleccionar fecha

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Firma** | Director/IP/Responsable | Usuario autorizado |
|  | sign | sign |

**ANEXO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Descripción del estudio:  Haga clic aquí para escribir texto. | | | |
| Características de la muestra: | | | |
| Tipo de muestra | Animal vivo | Tejido   Haga clic aquí para escribir texto.  (\*) | Cultivos   Haga clic aquí para escribir texto.  (\*) |
| Haga clic aquí para escribir texto. | Ratón | InmunoFluorescencia | Fijada |
| Rata | IHQ | Invivo |
| Hamster | Tinción  Haga clic aquí para escribir texto.  (\*) |  |

*(\*) Especifique el nombre concreto.*

Uso de equipos:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CT | Exvivo | Invivo | Contraste | |
| Ecografía | Ecocardiografía | Eco abdominal | Inyección guiada | |
| PhotonImager | Bioluminiscencia | Fluorescencia |  | |
| Microscopía | Ópt. convencional | Confocal | Confocal in vivo | Escáner de muestras |
| Fluorescencia | DIC | Contraste de fase | |
| Mosaico | Barrido en Z | Tiempo | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Software para análisis y cuantificación de imágenes: Haga clic aquí para escribir texto. | | |
| Dispositivo de captura: Haga clic aquí para escribir texto. | | |
| Objetivo utilizado: Haga clic aquí para escribir texto. | Aumento: Haga clic aquí para escribir texto. | A.N.: Haga clic aquí para escribir texto. |
| Medidas deseadas: Haga clic aquí para escribir texto. | | |

Número de horas de adquisición/análisis estimadas: Haga clic aquí para escribir texto.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Fecha** | **Cód. Prueba** | **Nº de horas:** | **Importe Ud.** | **Subtotal** |
| 1 | clic aquí para escribir una fecha. | texto | number | number | number |
| 2 | clic aquí para escribir una fecha. | texto | number | number | number |
| 3 | clic aquí para escribir una fecha. | texto | number | number | number |
| 4 | clic aquí para escribir una fecha. | texto | number | number | number |
| 5 | clic aquí para escribir una fecha. | texto | number | number | number |
| 6 | clic aquí para escribir una fecha. | texto | number | number | number |
| 7 | clic aquí para escribir una fecha. | texto | number | number | number |
| 8 | clic aquí para escribir una fecha. | texto | number | number | number |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Retirado por:** | Nombre y Apellidos: | text |
| Firma: sign | Email: | text |
| Tfno contacto | number |
| Laboratorio/Dpto. | text |
|  | | |
| **Entregado por:** | Nombre y Apellidos: | text |
| Fecha: | Seleccionar fecha. |
| **Observaciones:** | text | |