|  |  |
| --- | --- |
| **Plataforma** | **IMAGEN** |
| **Ubicación** | **Centro de Investigación Médica Aplicada** Planta 0, Laboratorio B.02Avda. Pío XII 55, Edificio CIMA 31008 Pamplona (Navarra) | **Navarrabiomed** Planta 2C/ 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****umi@unav.es***(se ruega prioricen el contacto a través de estas cuentas)* | **D. David Guerrero Setas**848.422.186**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 |