



MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN



CSIC *ipbln*

CONSEJO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INSTITUTO DE PARASITOLOGÍA Y BIOMEDICINA "LÓPEZ-NEYRA"

Parque Tecnológico de Ciencias de la Salud
Avda. del Conocimiento s/n.
18100 – Armilla – Granada. ESPAÑA.
Telf. 958 181621

SERVICIO DE CITOMETRÍA DE FLUJO

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE SERVICIO DE CITÓMETROS

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos: _____

Teléfono o ext.: _____

E-mail: _____

DATOS DE FACTURACIÓN PARA SERVICIOS EXTERNOS

Nombre Investigador a imputar el cargo: _____

NIF: _____

Correo electrónico: _____

Departamento o laboratorio: _____

Centro o Facultad: _____

DATOS DEL ENSAYO

Día Solicitado: _____ Horario solicitado: _____

Horas de uso: _____

Citómetro utilizado: _____

Nota: La firma de esta solicitud implica la aceptación de las normas de uso del equipo.

Firma del usuario

Firma del Responsable

NO SE ADMITIRÁ NINGUNA SOLICITUD INCOMPLETA O ILEGIBLE

1- Esta solicitud se considerara aceptada en el caso de no recibir ninguna comunicación.

2- La prestación del servicio se realizará de acuerdo con las normas internas de uso vigentes.