|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Prototipado**  **Solicitud de Prestación de Servicios** | | | | |
| **A RELLENAR POR LA UNIDAD** | | | | |
| **Nº de Solicitud:** | | | **Fecha de Solicitud:** | |
| **DATOS DEL CLIENTE** | | | | |
| Nombre y Apellidos: | | | | |
| Categoría: | | | | |
| Departamento: | Institución: | | | |
| Dirección: | C.P. | | | Localidad: |
| Teléfono: | Correo electrónico: | | | |
| **PERSONA QUE AUTORIZA EL GASTO** | | | | |
| Nombre y Apellidos: | | | | |
| Función o cargo: Director Departamento / Jefe Servicio / IP | | | | |
| **Tipo de Usuario:**  InternoExterno | | | | |
| **DATOS DEL PROYECTO/CONTRATO** | | | | |
| Título: | | | | |
| Referencia: | | | | |
| **DATOS DEL FACTURACIÓN** | | | | |
| Nombre y Apellido o Razón social: | | | | |
| C.I.F. | | | | |
| Dirección: | | | | |
| Teléfono: | FAX: | | | |
| Correo electrónico: | | | | |
| **SERVICIO SOLICITADO** | | | | |
|  | | | | |
| **AUTORIZACIÓN DEL GASTO** | | | | |
| Director del Dpto /  Jefe de Servicio / IP / Responsable  Fdo.:  Fecha: | | Dra. María José Marín Vidalled  Titular de la Dirección Científica del Biobanco Valdecilla  e-mail: biobanco2@idival.org  Tel: 942 20 25 63 | | |