



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.

