



MINISTERIO  
DE ECONOMÍA  
Y COMPETITIVIDAD



**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  
Fax.: 958 181633

## SERVICIO DE MICROSCOPIA

### SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE SERVICIO DEL MICROSCOPIO CONFOCAL

#### DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Teléfono o ext.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

#### DATOS DE FACTURACIÓN PARA SERVICIOS EXTERNOS

Nombre Investigador a imputar el cargo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Departamento o laboratorio: \_\_\_\_\_

Centro o Facultad: \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL ENSAYO

Día Solicitado: \_\_\_\_\_ Horario solicitado: \_\_\_\_\_ Horas realizadas: \_\_\_\_\_

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.



MINISTERIO  
DE ECONOMÍA  
Y COMPETITIVIDAD



**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  
Fax.: 958 181633

## SERVICIO DE MICROSCOPIA

### SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE SERVICIO DEL MICROSCOPIO CONFOCAL

#### DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Teléfono o ext.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

#### DATOS DE FACTURACIÓN PARA SERVICIOS EXTERNOS

Nombre Investigador a imputar el cargo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Departamento o laboratorio: \_\_\_\_\_

Centro o Facultad: \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL ENSAYO

Día Solicitado: \_\_\_\_\_ Horario solicitado: \_\_\_\_\_ Horas realizadas: \_\_\_\_\_

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.