

|                                                                                                                                                                        |                                                                                   |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <br> | <b>SERVICIO DE DETECCIÓN Y FUNCIÓN<br/>DE MICROORGANISMOS Y SUS<br/>MOLÉCULAS</b> |                |
|                                                                                                                                                                        | <i>microextreme@irnas.csic.es Teléfono 954624711 (ext). (440546)</i>              |                |
|                                                                                                                                                                        | Modelo: SOL_01                                                                    | Versión: SA_01 |
| <b>SOLICITUD DEL SERVICIO</b><br><b>(FLUORÓMETRO. MEDIDAS TIEMPO DE VIDA DE<br/>FLUORESCENCIA)</b>                                                                     |                                                                                   |                |

| DATOS DE LA SOLICITUD |  |                 |  |
|-----------------------|--|-----------------|--|
| FECHA:                |  | N° de Registro: |  |

| DATOS DEL SOLICITANTE |  |
|-----------------------|--|
| Nombre y Apellidos*   |  |
| Institución*          |  |
| Dirección*            |  |
| Teléfono de contacto* |  |
| Correo electrónico*   |  |

| DESCRIPCIÓN        |  |
|--------------------|--|
| Número de muestras |  |
| Descripción        |  |

| ENVÍO DE MUESTRAS   |  |
|---------------------|--|
| Envío de resultados |  |

| DATOS DE FACTURACIÓN                                 |  |
|------------------------------------------------------|--|
| Nombre y apellidos o Razón social*                   |  |
| CIF / DNI*                                           |  |
| Domicilio fiscal*                                    |  |
| Contacto*                                            |  |
| Cuenta o ref. del proyecto<br>(si pertenece al CISC) |  |
| Investigador principal del proyecto                  |  |
| Nombre del proyecto                                  |  |

| Protección de datos                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acepta las condiciones de protección de datos del CSIC |

(\*) Campos obligatorios.

Enviar solicitud a: [microextreme@irnas.csic.es](mailto:microextreme@irnas.csic.es)

