

|                   |  |
|-------------------|--|
| <b>Plataforma</b> | <b>UNIDAD DE GENOMICA (Unidad NGS)</b>   |
| <b>Ubicación</b>  | <b>UNIVERSIDAD DE NAVARRA</b><br>Laboratorio 1.41<br>Avda. Pío XII 55, Edificio CIMA<br>31008 Pamplona (Navarra) |
| <b>Contacto</b>   | <a href="mailto:NGS_CIMA@unav.es">NGS_CIMA@unav.es</a>   |

**Instrucciones:**

El solicitante deberá cumplimentar el presente formulario, y enviarlo a la dirección de contacto indicada en la parte superior del presente documento.

**1. Datos del solicitante**

|                           |  |                              |  |
|---------------------------|--|------------------------------|--|
| <b>NOMBRE y APELLIDOS</b> |  |                              |  |
| <b>ENTIDAD</b>            |  | <b>DEPARTAMENTO/SERVICIO</b> |  |
| <b>TELEFONO (EXT)</b>     |  | <b>E-MAIL</b>                |  |
| <b>CALLE</b>              |  | <b>CP</b>                    |  |
| <b>POBLACION</b>          |  | <b>PAIS</b>                  |  |

**2. Datos de facturación**

|                  |  |                            |  |
|------------------|--|----------------------------|--|
| <b>N. CUENTA</b> |  |                            |  |
| <b>ENTIDAD</b>   |  | <b>PERSONA DE CONTACTO</b> |  |
| <b>CIF</b>       |  | <b>E-MAIL</b>              |  |
| <b>CALLE</b>     |  | <b>CP</b>                  |  |
| <b>POBLACION</b> |  | <b>PAIS</b>                |  |

**3. Datos de envío de factura (en caso de que no coincida con la dirección de facturación)**

|                  |  |                            |  |
|------------------|--|----------------------------|--|
| <b>ENTIDAD</b>   |  | <b>PERSONA DE CONTACTO</b> |  |
| <b>CALLE</b>     |  | <b>CP</b>                  |  |
| <b>POBLACION</b> |  | <b>PAIS</b>                |  |

**4. DATOS DEL PRESUPUESTO**

|                          |   |  |
|--------------------------|---|--|
| <b>USUARIO</b>           | Usuario de correo unav                                    |  |
| <b>CODIGO DE TRABAJO</b> | Código recibido de la Unidad tras petición de presupuesto |  |

**5. CHECK-LIST**

|                             |                          |                         |                          |                            |                          |
|-----------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| <b>FORMULARIO SOLICITUD</b> | <input type="checkbox"/> | <b>SAMPLE DATASHEET</b> | <input type="checkbox"/> | <b>HOJA DE PRESUPUESTO</b> | <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|

Marque la casilla si se van a requerir servicios de pre-análisis bioinformático

Fecha de solicitud:

Firma

Los datos aquí recogidos se encuentran en un fichero para uso interno y prestación de servicios de esta institución, que se hace responsable de dicho fichero adoptando los niveles de seguridad adecuados para garantizar la correcta utilización de los datos.

Las personas legitimadas podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición regulados por LOPD 15/1999, dirigiéndose a la dirección: Fundación para la Investigación Médica Aplicada Avda. Pío XII, 55 31008-PAMPLONA. Spain.

T +34 948 194 700 [cimalopd@unav.es](mailto:cimalopd@unav.es)