



SOLICITUDE DE SERVICIO

LABORATORIO NCB-3

Tfno.: 986 130 196/130 225

(Reservado a rexistro de entrada)

DATOS DO RESPONSABLE DA FACTURA			
Nome:			
Organismo ou Institución / Empresa:			
Centro / Instituto:			
Dirección:			
Teléfono:	Fax:	e-mail:	
Grupo de Investigación:	Código de Cliente:	CIF:	
Marque cunha "X" si desexa que os costes xerados por esta solicitude se descuenten do seu ABONO			

SERVIZO(S)/TÉCNICA(S) SOLICITADO(S)	SERVIZO	USO EN AUTOSERVIZO	FORMACIÓN DE AUTOSERVIZO
LABORATORIO NCB-3 (NIVEL DE CONTENCIÓN BIOLÓXICA 3)			

D/D^a _____ (Responsable da Factura),
autoriza o cargo dos gastos ocasionado por
D/D^a _____ (Usuario) debdio ao uso das diferentes
técnicase/ou servizos existentes no CINBIO.

Asd: Responsable da Factura

DECLARACIÓN DE RISCOS

O solicitante declara que a mostra(s)/equipo(s) entregados non entraña(n) risco para a saúde e seguridade das persoas. En caso de que existan riscos asociados á mostra(s)/equipo(s), o solicitante debe especificar devanditos riscos coa finalidade de garantir a saúde e seguridade das persoas.

Riscos:

Sinatura:

Observacións:

Incidencias (Reservado a persoal técnico)

NOTAS

- Os servizos prestaranse dacordo ao Regulamento do *Centro de Investigacións Biomédicas*.
- Recórdase aos usuarios dos servizos científicos do CINBIO que, dacordo ao Regulamento, deben mencionar nos seus traballos (tesis, tesinas, etc.) os servizos utilizados, así como entregar un exemplar (fotocopia) para o arquivo do centro
- Si a dirección de factura é distinta á indicada, inclúan os datos no apartado "Observacións".**

A información incluída no presente documento é confidencial, sendo para o uso exclusivo da persoa destinataria. En virtude do artigo 14 do Regulamento (UE) 2016/679 (RXPd) e do artigo 11 da Lei orgánica 3/2018, de protección de datos (LOPDGDD), informámoslle que os seus datos de contacto están sendo tratados baixo a responsabilidade do CINBIO coa finalidade da xestión da calidade dos servizos. Vostede ten dereito a solicitarnos, en calquera momento, o acceso, rectificación ou supresión dos seus datos persoais e a limitación do seu tratamento. Tamén terá dereito a oponse a dito tratamento, así como a solicitar, salvo casos de interese público e/ou exercicio de poderes públicos, a portabilidade dos seus datos. Máis información en: <https://www.uvigo.gal/proteccion-datos>.

INVESTIGADOR RESPONSABLE: _____ e-mail: _____ Tfno.: _____
USUARIO: _____ e-mail: _____ Tfno.: _____
REFERENCIA DO PROXECTO (Código de autorización da Xunta de Galicia): _____

6. LABORATORIO DE NIVEL DE CONTENCIÓN BIOLÓXICA (NCB-3)

6.1. USO DO LABORATORIO NCB-3

Proxecto:
 Data esperada de comezo do experimento:
 Duración estimada:
 Tipo de mostras:
 Patóxeno:
 Línea ou tipo celular:
 Requerimientos especiais:

6.2. AMPLIACIÓN DO TEMPO SOLICITADO PARA EXPERIMENTO

Proxecto:
 Tempo de ampliación:
 Requerimientos especiais:

6.3. AMPLIACIÓN DO TEMPO DE CUSTODIA DE MOSTRAS

Tipo de mostras:
 Tipo de almacenamento:
 Tempo de almacenamento requerido:

OBSERVACIÓNS:

6.4. REQUERIMENTOS DA SOLICITUDE DE USO DO LABORATORIO NCB-3

- Xunto a solicitude de uso farase entrega do deseño experimental da investigación que se levará a cabo, para a avaliación do risco biolóxico e xestión dos residuos que conleva.
- Para obter o permiso e a chave de acceso ao laboratorio, deberá entregar debidamente cumprimentado e asinado o consentimento que se entregará no curso.
- No caso de necesitar una ampliación do tempo de uso do laboratorio, ésta deberá solicitarse obrigatoriamente cun mes de antelación ou deberá adaptarse a dispoñibilidade do laboratorio e indicando o tempo polo que se require.

DATOS PARA FACTURACIÓN (Reservado o persoal técnico do CINBIO)

TIPO DE TARIFA	Pessoal cinbio		A	B	C
	SI	NON			
	Horas	Precio/h	Precio/unidad	Descuento aplicado (%)	Subtotal
Servizo do técnico					
Uso en autoservizo					
Curso formación autoservizo					
					IVE
					Total (€)

Asd: _____
O Solicitante

Asd: _____
Responsable de Bioseguridad