**SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE SERVICIO EXTERNO**

**SERVICIO DE MICROSCOPIA IBGM VALLADOLID**

FECHA DE REALIZACIÓN DEL SERVICIO:

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DEL USUARIO** | |
| NOMBRE DE USUARIO: | |
| CATEGORIA DE USUARIO: | D.N.I. USUARIO: |
| PERSONA QUE AUTORIZA EL GASTO (RESPONSABLE): | |
| CATEGORIA DEL RESPONSABLE: | D.N.I. RESPONSABLE: |
| INSTITUCION / EMPRESA: | DEPARTAMENTO: |
| DIRECCIÓN: | LOCALIDAD: |
| TFNO: | C.P. |
| EMAIL: |  |
| C.I.F. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **A CUMPLIMENTAR POR EL IBGM** | |
| TIPO DE SERVICIO A REALIZAR: | |
| TIEMPO DE UTILIZACIÓN DEL SERVICIO (INDICAR HORA): | |
| TARIFA DEL SERVICIO (€ / HORA) | |
| TOTAL GASTO (IVA INCLUIDO): |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CONFORMIDAD** | |
| EL ABAJO FIRMANTE VERIFICA QUE ESTÁ CONFORME CON TODOS LOS DATOS: | |
|  | |
| FIRMA: | |
|  | D.N.I |

VALLADOLID, a de de 20