

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE SERVICIO EXTERNO**  
**SERVICIO DE CITOMETRÍA DE FLUJO IBGM VALLADOLID**

FECHA DE REALIZACIÓN DEL SERVICIO:

**DATOS DEL USUARIO**

**NOMBRE DEL USUARIO:**

**CATEGORIA DEL USUARIO:**

**D.N.I. USUARIO:**

**PERSONA QUE AUTORIZA EL GASTO (RESPONSABLE):**

**CATEGORIA DEL RESPONSABLE:**

**D.N.I. RESPONSABLE:**

**INSTITUCIÓN/EMPRESA:**

**DEPARTAMENTO:**

**DIRECCIÓN:**

**LOCALIDAD:**

**TELÉFONO:**

**C.P.:**

**E-MAIL:**

**C.I.F.:**

**A CUMPLEMENTAR POR EL IBGM**

**TIPO DE SERVICIO A REALIZAR:**

**TIEMPO DE UTILIZACIÓN DEL SERVICIO (INDICAR HORA):**

**TARIFA DEL SERVICIO (EUROS/HORA):**

**TOTAL GASTO (IVA INCLUIDO):**

**CONFORMIDAD**

**EL ABAJO FIRMANTE FIRMA COMO QUE ESTA CONFORME CON TODOS LOS DATOS.**

**FIRMA**

**DNI**

VALLADOLID, A        DE        DE 20        .

SERVICIO CITOMETRIA DE FLUJO IBGM VALLADOLID