

**Instalación Radiactiva Central (IRC)**

FACULTAD DE MEDICINA- UCM

Plaza Ramón y Cajal s/n - 28040 Madrid

N.I.F.: Q – 2818014-I

Telfs.: 91 394 1551/91 394 1462

Email : irc@ucm.es

SOLICITUD DE SERVICIO Nº **FECHA**

DATOS DEL SOLICITANTE			
NOMBRE Y APELLIDOS			
ORGANISMO / CENTRO			
DEPARTAMENTO			
TELÉFONO		E-MAIL*	

DATOS DE FACTURACIÓN ⁽¹⁾			
INVESTIGADOR PRINCIPAL			
ORGANISMO / CENTRO			
DEPARTAMENTO			
PROYECTO		Nº CONTABILIDAD	
CENTRO GESTOR	OFICINA CONTABLE		UNIDAD CONTABLE
DOMICILIO FISCAL			
DOMICILIO POSTAL			
CIF			
TIPO DE USUARIO	<input type="radio"/> UCM	<input type="radio"/> OPI	<input type="radio"/> EMPRESA ⁽²⁾

SERVICIO SOLICITADO			
SERVICIO			
EQUIPO	<input type="radio"/> IRRADIADOR	<input type="radio"/> CONTADOR GAMMA	<input type="radio"/> CONTADOR BETA
TIPO DE MUESTRA		Nº DE MUESTRAS	
DEVOLUCIÓN MUESTRA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO (todas las muestras serán devueltas salvo que se diga lo contrario)	
DOSIS SUMINISTRADA ⁽³⁾	DOSIS POR IRRADIACIÓN	NÚMERO DE IRRADIACIONES	
OBSERVACIONES			

COSTE (Sin IVA)		
PRECIO UNITARIO	UNIDAD/TIEMPO	COSTE TOTAL
	TOTAL	

Fecha:
Firma del Responsable del gastoFecha:
VºBº Director de la IRC

INSTRUCCIONES

⁽¹⁾ Rellénese lo que corresponda

⁽²⁾ En el caso de empresa, ingresar en:

Titular: Universidad Complutense de Madrid (CIF Q2818014I) BIC/Código SWIFT: CAIXESBBXXX

IBAN: ES44-2100-7770-5213-005-7182

Haciendo constar Nº de petición de Servicio

SE RUEGA COMPRUEBEN DATOS BANCARIOS ANTES DE REALIZAR EL PAGO

⁽³⁾ En el caso de solicitar irradiaciones con dosis mayores a 10 Gy, especificar la dosis por irradiación.