



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				

Fecha:
Firma del Responsable del gasto

Fecha:
VºBº Director de la IRC

INSTRUCCIONES

(¹) Relléñese 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.