

Código de la solicitud (a rellenar por la PRISIB):

**SOLICITUD DE SERVICIOS PRISIB****DATOS DEL SOLICITANTE**

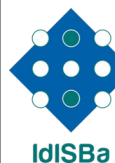
Nombre y Apellidos IP:				
Grupo de Investigación / Servicio:				
Institución IP:				
Nombre y teléfono de contacto:				
Correo electrónico de contacto:				
Investigador IdISBa	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	IP Emergente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

**DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN**

<input type="radio"/> PAGO MEDIANTE FONDOS UBICADOS EN EL IDISBA			
Código proyecto:			
<input type="radio"/> PAGO MEDIANTE FONDOS UBICADOS EN OTRA ENTIDAD			
Nombre entidad:			
Tipo entidad:	<input type="checkbox"/> Pública	<input type="checkbox"/> Privada	
Nº CIF:			
Dirección:			
Ciudad:		Código Postal:	
País:			
Correo electrónico de contacto:			

**SERVICIO SOLICITADO**

Extracción de información clínica:	<input type="checkbox"/>	Estudio exploratorio/viabilidad:	<input type="checkbox"/>
Variables			
Criterios selección			



Institut  
d'Investigació Sanitària  
Illes Balears

IdISBa

## PLATAFORMAS CIENTÍFICO-TÉCNICAS

### PRISIB (Plataforma de Investigación en Información en Salud de las Islas Baleares)

FE-PT-PRISIB1.001-01SOL v.6

Fecha Formulario: 09.05.2023

Página 2 de 2



G CONSELLERIA  
O SALUT I CONSUM  
I SERVEI SALUT  
B ILLES BALEARS  
/

Visualización de datos:		<input type="checkbox"/>	Recogida/aleatorización/seudonimización:		<input type="checkbox"/>
Descripción					
Custodia de datos:		<input type="checkbox"/>	Asesoría documentación:		<input type="checkbox"/>
Duración			Protocolos de investigación		<input type="checkbox"/>
		Plan interoperabilidad		<input type="checkbox"/>	
		Plan de gestión de datos		<input type="checkbox"/>	
		Otros (describir)			

#### OBSERVACIONES

Fecha y firma del solicitante