

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE MUESTRAS****BBIP-IM\_028**

v04

Fecha vigor: 21/08/2024

Página 1 de 2

**A RELLENAR POR EL BIOBANCO-HUP**

NÚMERO SOLICITUD					<b>B</b>	<b>P</b>
------------------	--	--	--	--	----------	----------

**DATOS DEL INVESTIGADOR SOLICITANTE**

NOMBRE:					
SERVICIO/DEPARTAMENTO:					
INSTITUCIÓN:					
DIRECCIÓN POSTAL:					
TELÉFONO CONTACTO:			e-mail		

**DATOS DEL PROYECTO**

TITULO:					
INVESTIGADOR PRINCIPAL					
CODIGO					
FECHA INICIO			FECHA FIN		
RESUMEN* (resumen, objetivos, material y métodos) *adjuntar proyecto					
COMITÉ DE ÉTICA (nombre y fecha de aprobación)					

**MUESTRAS SOLICITADAS**

CRITERIOS DE SELECCIÓN			
NÚMERO DE MUESTRAS			
TIPO	Cantidad/Volumen (ng, µg.../µl, ml.....)	Concentración (ng/µl...)	Otros

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE MUESTRAS****BBIP-IM\_028**

v04

Fecha vigor: 21/08/2024

Página 2 de 2


**DATOS CLÍNICOS MUESTRAS SOLICITADAS**

DATOS CLÍNICOS MÍNIMOS

**DATOS DE ENVÍO DE LAS MUESTRAS**

NOMBRE Y APELLIDOS:

DEPARTAMENTO/UNIDAD/  
INSTITUCIÓN:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

e-mail:

**DATOS DE FACTURACIÓN**

INSTITUCIÓN:

DIRECCIÓN FISCAL:

N.I.F /C.I.F:

REFERENCIA DEL PROYECTO PARA  
IMPUTACIÓN:**DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN**

<input type="checkbox"/>	El proyecto ha sido presentado para su evaluación por el CEIm.	X	Copia del proyecto (obligatorio)
<input type="checkbox"/>	Otros (especificar):		

**Firma del investigador principal:**

Firmado:

Fecha:

**Recibida solicitud**

Firmado: Biobanco HUP

Fecha: