**1.- DADES DEL SOL·LICITANT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom:** |       | **DNI:** |       |
| **Grup recerca:** |       |
| **Servei / Dpt.** |       | **Institució:** |       |
| **Direcció:** |       |
| **Telèfon:** |       | **e-mail:** |       |

**2.- DADES DEL DIPÒSIT / COL·LECCIÓ PARTICULAR**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom:** |       |

**3.- MOSTRES SOL·LICITADES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipus de mostra** | **Número de mostres** | **Quantitat\*** | **Comentaris** |
| [ ]  | Plasma |       |       |       |
| [ ]  | Sèrum |       |       |       |
| [ ]  | ADN |       |       |       |
| [ ]  | Buffy Coat / Leucòcits |       |       |       |
| [ ]  | PBMCs |       |       |       |
| [ ]  | Teixits (especificar a comentaris) |       |       |       |
| [ ]  | Orina |       |       |       |
| [ ]  | Orina centrifugada |       |       |       |
| [ ]  | Sediment (orina) |       |       |       |
| [ ]  | Femta |       |       |       |
| [ ]  | Semen |       |       |       |
| [ ]  | Saliva |       |       |       |
| [ ]  | Altres (     ) |       |       |       |

\* Descriure el volum / pes / concentració que es sol·licita

|  |
| --- |
| **Llistat de mostres sol·licitades** |
|       |

**4.- DADES D’ENVIAMENT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Les mostres sol·licitades: | [ ]   | Es recolliran al Biobanc |
|  | [ ]   | S’enviaran a l’adreça d’enviament indicada (els costos de transport van a càrrec del sol·licitant) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom:** |       | **DNI:** |       |
| **Servei / Dpt.** |       |
| **Institució:** |       |
| **Direcció:** |       |
| **Localitat:** |       | **C.P.** |       |
| **Telèfon:** |       | **e-mail:** |       |

**5.- DADES DE FACTURACIÓ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Les dades de facturació: | [ ]   | Son les del sol·licitant |
|  | [ ]   | Son les d’enviament |
|  | [ ]  | Utilitzar les següents dades: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom:** |       | **DNI:** |       |
| **Servei / Dpt.** |       |
| **Institució:** |       |
| **Direcció:** |       |
| **Localitat:** |       | **C.P.** |       |
| **Telèfon:** |       | **e-mail:** |       |

**6.- AUTORITZACIÓ DEL CUSTODI**

Jo,       amb DNI      , autoritzo al Biobanc IISPV al lliurament de les mostres sol·licitades en el present document a la persona sol·licitant o a la persona que consta a les dades d’enviament.

|  |
| --- |
|  |
| Signatura del Custodi |

|  |
| --- |
| A omplir al Biobanc IISPV |
| Número de sol·licitud: |       | Data de recepció: |       |