

CODIGO REGISTRO

BIOBANCO A CORUÑA

SOLICITUD USO TERMOCICLADOR

DATOS DEL SOLICITANTE *(cubra los datos en mayúsculas)*

Nombre: Apellidos:
Grupo investigación:
Responsable grupo investigación:
Departamento/Institución/Empresa:
Dirección:
Teléfono: e-mail:

DATOS DE LA SOLICITUD

Fecha propuesta para la utilización del termociclador:
Hora inicio programa: Hora fin programa:

DATOS DEL PROGRAMA

Observaciones / Comentarios:

Firma responsable petición:

Nombre responsable petición: Fecha:

Nota del Biobanco:

El/la solicitante se compromete a cumplir las siguientes normas:

- Planificar los experimentos tras recibir la respuesta con la resolución a esta solicitud.*
- Cumplir con el horario acordado para la realización del análisis.*

En caso de previsión de incumplimiento del horario establecido, ponerse en contacto lo antes posible con el personal del Biobanco para coordinarse de manera que no se interfiera con su normal funcionamiento.

A cubrir por el Biobanco en el momento de la recepción.

Fecha y hora recepción: Responsable Gestión: