|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CIRUGÍA EXPERIMENTAL**  **http://intranethryc/newintranet/Images/logotivo_hrc.jpg**  **cixa** | **solicitud DE SERVICIOS** | **RG-CIXA-102**  Rev.:01  Fecha: 03-03-24  Pág. 1 DE 2 |

Número de registro: (a completar por el Serv. Cirugía Experimental)

**CLIENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBNOMBRE Y APELLIDOS:** |  |
| **CENTRO O ENTIDAD:** |  |
| **EMAIL:** |  |
| **TELÉFONO** |  |
| **FECHA** |  |

**DATOS DEL SERVICIO SOLICITADO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Breve descripción de la actividad a realizar.** |  | **Especificar si es una actividad de Investigación o Formación.** |
| **Especificar uso de animales/simuladores ex vivo, etc.** |
| **Uso de Animales de experimentación.** | **Ratones en zona convencional (cepa y fenotipo):**  **Ratones en zona de barrera (cepa y fenotipo):**  **Ratas en zona convencional:**  **Conejos en zona convencional:**  **Especie porcina en zona convencional:**  **Especie ovina en zona convencional:** | **SEXO Y NÚMERO DE ANIMALES:** |
| **Uso de piezas cadávericas (*ex vivo*)** | **Describir las piezas cadavéricas y el número:** | |
| **Simuladores.** | **Describir las necesidades y cuantificación.** | |
| **Duración de la actividad. Fechas solicitadas y horario.** |  | |
| **Necesidades de equipamiento.** |  | |
| **Equipamiento suministrado por el equipo investigador. Necesidades de almacenamiento.** |  | |
| **Necesidades de salas.** | **Quirófano: Sala de Comportamiento: Campana de flujo:** | |
| **Datos del Investigador responsable y categoría según *Orden ECC/566/2015*** |  | **Fecha de acreditación.** |
| **Personal involucrado con certificado de funciones en experimentación animal según *Orden ECC/566/2015*.** |  | **Fecha de acreditación.** |