

FECHA:	
Nº ORDEN:	
SECCIÓN:	

**DATOS A RELLENAR POR USUARIO**

USUARIO:			
TELÉFONO:		E-MAIL:	
DEPARTAMENTO O CENTRO:			
MÓDULO:		LABORATORIO:	
TRABAJO A REALIZAR:			
CATEGORÍA:	<input type="checkbox"/> Diseño	<input type="checkbox"/> Fabricación / Montaje	<input type="checkbox"/> Consultoría <input type="checkbox"/> Reparación

**OBSERVACIONES USUARIO:**

--

**REPARACIONES (rellenar sólo en caso de reparaciones)**

EQUIPO TIPO:		FABRICANTE:	
MODELO:		Nº DE SERIE:	

**DATOS DE FACTURACIÓN**

<input type="checkbox"/> UAM	<input type="checkbox"/> CENTRO MIXTO UAM-CSIC	<input type="checkbox"/> INFRAESTRUCTURA DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO O CENTRO:		
<input type="checkbox"/> DOCENCIA	DIRECTOR DPTO.:	
<input type="checkbox"/> INVESTIGACIÓN	<input type="checkbox"/> CTA. DE RETENCIONES	DIRECTOR DPTO.:
	<input type="checkbox"/> PRY. DE INVESTIGACIÓN	DIRECTOR PROY.:
		CLAVE PROYECTO:

**DATOS A RELLENAR POR SEGAINVEX**

OBSERVACIONES SEGAINVEX:
--------------------------

**COMPONENTES Y MATERIALES USADOS:**

--

<input type="checkbox"/> EQUIPO RECEPCIONADO	<input type="checkbox"/> TRABAJO IN SITU	<input type="checkbox"/> USUARIO AVISADO	<input type="checkbox"/> EQUIPO RETIRADO
--	--	--	--

IMPORTE:	FECHA FINALIZACIÓN:
----------	---------------------

RECIBÍ:	VºBº DIRECTOR DEPARTAMENTO / PROYECTO:	Vº Bº SEGAINVEX:
	Autorizo para que se me detraiga el importe indicado.	

Con la presentación de esta solicitud, el usuario confirma que ha leído y acepta los términos y condiciones generales de Segainvex.

Datos a rellenar por Segainvex.