

	SOLICITUD DE CESIÓN	RG-BIOB-54 REV.: 03 FECHA: 06-02-15 PÁG. 1 DE 3
---	----------------------------	--

A RELLENAR POR EL BIOBANCO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL-IRYCIS	
Referencia	
Fecha de entrada	
Fecha del VºBº del Director Científico	
Fecha del VºBº del "CCE"	
Fecha del VºBº del "CEIC"	
Fecha acuerdo de cesión	

1. DATOS DEL PROYECTO	
Título	
Investigador principal	Nombre y Apellidos
	Cargo/Puesto
	Departamento
	Institución
	Dirección postal
	Teléfono
	e-mail
Entidad financiadora	<input type="checkbox"/> no financiado <input type="checkbox"/> privada <input type="checkbox"/> pública. Nº de referencia:
Línea de investigación	

2. DOCUMENTACIÓN ADJUNTADA	
<input type="checkbox"/>	Informe del comité ético de la institución solicitante
<input type="checkbox"/>	Copia del proyecto

3. RESUMEN DEL PROYECTO
<p>Breve y preciso exponiendo, solo los aspectos más relevantes y los objetivos generales</p>



Hospital Universitario
Ramón y Cajal

SaludMadrid

Comunidad de Madrid

BIOBANCO

BIOB

SOLICITUD DE CESIÓN

RG-BIOB-54

REV.: 03

FECHA: 06-02-15

PÁG. 2 DE 3

4. MATERIAL SOLICITADO

Criterios de selección de pacientes:

(Patología, tiempos de extracción, etc...)

Tipo de muestra:

(Suero, plasma, orina, tejido en parafina o congelado, etc...)

Nº de muestras:

Cantidad mínima necesaria:

(Volumen, nº secciones histológicas de parafina o congeladas, etc...)

5. JUSTIFICACIÓN DEL MATERIAL SOLICITADO

Objetivos concretos:

Pruebas a realizar con el material:

6. DATOS ASOCIADOS

Detallar la información complementaria ideal para su estudio si estuviera disponible en los datos asociados a la muestra

7. GRUPO INVESTIGADOR

Justificar brevemente la adecuación del equipo investigador, su experiencia en el tema y metodológica y resultados previos relacionados con el proyecto

8. BIBLIOGRAFÍA MÁS RELEVANTE

9. OTRAS ACLARACIONES



Hospital Universitario
Ramón y Cajal

Comunidad de Madrid

BIOBANCO

BIOB

SOLICITUD DE CESIÓN

RG-BIOB-54

REV.: 03

FECHA: 06-02-15

PÁG. 3 DE 3

10. DATOS DE ENVÍO

Nombre y Apellidos:	
Departamento/Unidad	
Institución:	
Dirección postal:	
Teléfono:	
e-mail:	

11. DATOS DE FACTURACIÓN

Organismo:	
Investigador responsable:	
Dirección:	
CIF:	
Otros datos que necesiten hacer constar en la factura	

<p>Firma del Investigador Principal</p> <p>Firmado: Fecha:</p>	<p>Remitir a:</p> <p>Dra. Ana M^a Torres BIOBANCO DEL HURYC-IRYCIS Planta Sótano -4 Derecha Ctra. de Colmenar Km. 9,100 28034 MADRID Tfno: 91 336 90 75 Mail: biobanco@salud.madrid.org</p>
---	---