SOLICITUD DE SERVICIOS PRISIB

DATOS DEL SOLICITANTE					
Nombre y Apellidos IP:					
Grupo de Investigación / Servicio:					
Institución IP:					
Nombre y teléfono de contacto:					
Correo electrónico de contacto:					
Investigador IdISBa	◯ Si	◯ No	**IP Emergente**	◯ Si	◯ No

DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN			
◉ **PAGO MEDIANTE FONDO UBICADOS EN EL IDISBA**			
Código proyecto:			
◯ **PAGO MEDIANTE FONDO UBICADOS EN OTRA ENTIDAD**			
Nombre entidad:			
Tipo entidad:	☐ Pública	☐ Privada	
Nº CIF:			
Dirección:			
Ciudad:		**Código Postal:**	
País:			
Correo electrónico de contacto:			

SERVICIO SOLICIDAD			
Extracción de información clínica:	☐	**Estudio exploratorio/viabilidad:**	☐
Variables			
Criterios selección			

Visualización de datos:	☐	**Recogida/aleatorización/seudonimización:**	☐
Descripción			
Custodia de datos:	☐	**Asesoría documentación:**	☐
Duración		**Protocolos de investigación**	☐
		Plan interoperabilidad	☐
		Plan de gestión de datos	☐
		Otros (describir)	

OBSERVACIONES

Fecha y firma del solicitante