



**Centro Nacional de Microscopía Electrónica**

Facultad de Químicas. Universidad Complutense de Madrid

Avenida Complutense s/n. – 28040 Madrid

Tel.: 91 394 4190/4188/4808

**SOLICITUD DE SERVICIOS**

**NO UCM**

**Responsable del Proyecto:**

(Nombre y dos apellidos)

**Entidad/Organismo:**

**CIF:**

**Departamento:**

E.mail:

Teléfono:

Dirección fiscal completa:

Dirección postal completa:

-----  
**Miembros de su grupo de investigación a los que autoriza a utilizar, con o sin técnico, nuestros servicios de microscopía electrónica de transmisión, barrido, fuerzas atómicas, microsonda y preparación de muestras:**

(Nombre, dos apellidos y teléfono)

Trimestralmente recibirá la facturación de nuestros servicios y deberá cumplimentar en la orden de pago los datos del centro gestor, código de proyecto y nº de contabilidad al que quiere cargarlos.

**El solicitante se compromete a mencionar la utilización de los equipos del en las publicaciones a que dieran lugar los trabajos desarrollados.**

**Fecha y firma del responsable del Proyecto:**