**SOLICITUD DE SERVICIO FECHA:**

|  |
| --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE** |
| Nombre: |
| Telf: | Fax: | E-mail: |
| Responsable de Proyecto: |
|  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del Responsable de aceptación del gasto de los servicios solicitados según tarifa vigente o presupuesto emitido: |  |

 |
| **DATOS DE FACTURACIÓN** |
| **En caso de Universidades y Centros Mixtos:** |
| Centro:       |
| Dpto:       | Orgánica: |
| **En caso de Entidades Privadas:** |
| Dirección administrativa:       |
| Dirección de facturación:       |
| CIF:       |
| **DATOS DEL SERVICIO** |
| Fecha Inicio |  | Fecha Fin Prevista |  |
| Módulos |  | Mesas |  |
| CONDICIONES DE CULTIVO | OBSERVACIONES |
| Fotoperiodo  |  |  |
| Forzado |  |  |
| Mesas de Enraizamiento |  |  |
| Calefacción |  |  |
| Otros |  |  |