**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 | | |  |  | | | | |