



CITI
Centro de Investigación, Transferencia e Innovación
Parque Tecnolóxico de Galicia
San Cibrao das Viñas 32900 Ourense
Tfno: 988 387400

SOLICITUD UTILIZACIÓN LABORATORIO COMPLEMENTARIO

(Reservado a registro de entrada)

DATOS RESPONSABLE DA FACTURA

Nombre:	
Grupo de Investigación:	
Centro/Instituto:	
Organismo/ Institución/ Empresa:	
Dirección:	
Teléfono:	Correo electrónico:

DATOS DE LA SOLICITUD:

Período utilización:	
Fecha inicio:	Fecha fin:
Descripción de la actividad a realizar:	

El Responsable de la factura declara conocer y aceptar los términos y condiciones de la [normativa del CITI](#) correspondientes a la utilización del laboratorio complementario.

Ourense, ___ de _____ de 20__

Se resuelve aceptar la solicitud de utilización del laboratorio complementario, por ser acorde con la normativa del CITI.

Ourense, ___ de _____ de 20__

Fdo.:

(Director/a do CITI)

Firma: Responsable de la factura