

FECHA:	Nº:
--------	-----

SOLICITUD USO INSTALACIONES QUIRÓFANO EXPERIMENTAL NAVARRABIOMED

NOMBRE DEL EVENTO:

.....
.....

SOLICITANTE:

Nombre/Apellidos:.....

Cargo/Unidad a la que pertenece:.....

E-mail:..... Teléfono:.....

ASISTENTES:

- ALUMNOS

Dirigido a (residentes/adjuntos/especialidad):.....

.....

Procedencia:

- Nacional Internacional
- SNS-O
- Otras Comunidades (indicar)

.....

Número Alumnos (si hay de varias procedencias, especificar el número de cada una):.....

.....

- DOCENTES

Nombre/Apellidos:.....

Cargo/Unidad a la que pertenece:.....

Nombre/Apellidos:.....

Cargo/Unidad a la que pertenece:.....

Nombre/Apellidos:.....

Cargo/Unidad a la que pertenece:.....

Nombre/Apellidos:.....

Cargo/Unidad a la que pertenece:.....

- OTROS (comerciales, invitados....)

.....

DESCRIPCIÓN Y FINALIDAD DE LA ACTIVIDAD

.....
.....
.....
.....

SALAS UTILIZADAS, FECHAS, y HORARIOS (incluir **cronograma/programa** como documento adjunto):

- FECHA Y HORARIO QUE ABARCA LA TOTALIDAD DEL EVENTO

Día/Hora de INICIO:

Día/Hora de FIN:

- SALAS UTILIZADAS

Salón de Actos

Fecha(s)/Hora Inicio/Fin:.....

Sala Multiusos

Fecha(s)/Hora Inicio/Fin:.....

Otras (indicar)

Fecha(s)/Hora Inicio/Fin:.....

Quirófano Experimental

Fecha(s)/Hora_Inicio/Fin.....

.....
.....

COORDINADOR/ES CURSO

Personal Navarrabiomed

Nombre/Apellidos:.....

Cargo/Unidad a la que pertenece:.....

E-mail:..... Teléfono:.....

Personal/Departamento SNS-O

Nombre/Apellidos:.....

Cargo/Unidad a la que pertenece:.....

E-mail:..... Teléfono:.....

Casa Comercial/Entidad

Nombre Casa Comercial:/Entidad :.....

Nombre/Apellidos Contacto:.....

E-mail:..... Teléfono:.....

Datos Personal del SNS-O que avala el curso:

Nombre/ Apellidos:.....

E-mail:..... Teléfono:.....

Otros (indicar)

.....

ENTIDADES COLABORADORAS (indicar de qué manera participan p.ej. cesión equipos....):

.....
.....
.....
.....

FINANCIACIÓN:

Pública

Especificar:.....

Privada

Especificar:.....

Otras

Especificar:.....

PROYECTO DESTINO: (Proyecto al que se va a cargar el abono. Si existe un proyecto ya creado, se debe indicar la referencia y nombre del proyecto al que se quiere cargar el curso. En caso de que no haya ninguno, se debe indicar en esta solicitud para que se le asigne uno).

.....
.....

GESTIÓN DE LAS INSCRIPCIONES AL CURSO* (indicar quién y cómo se gestiona las inscripciones y cómo se prioriza a los asistentes)

.....
.....

¿Se va a cobrar Matrícula a los alumnos?

Sí Especificar cuantía:.....

No

*Política de Protección de Datos: Se aplicará un Contrato de Encargo de tratamiento de datos o una clausula dentro del contrato de prestación de servicios en función de la información requerida.

ACREDITACIÓN CURSO

¿Curso está acreditado?

Sí Organismo que lo acredita:..... Fecha acreditación:.....

Número de Créditos:.....

No*

*En el caso de que no esté acreditado, consultar los trámites. Se debe avisar con un mínimo de 2 meses de antelación al inicio del curso.

PRESUPUESTOS ASOCIADOS

Piezas Anatómicas (Humano)

Tipo:.....

Número:.....

Consideraciones específicas (sexo, raza, peso...):.....

Órganos Animales

Órgano:.....
 Especie (cerdo, rata o ratón):.....
 Raza:.....
 Peso/Tamaño órgano/animal procedencia:.....
 Número:.....

Animal vivo

Especie (cerdo, rata, ratón):.....
 Raza:.....
 Peso y/o Edad:.....
 Sexo (en el caso de machos indicar si castrados o no):
 Número:.....

Catering

Número asistentes:.....
 Indicar: desayuno/comida ligera/comida/merienda:.....

Otros

EQUIPOS Y MATERIALES SOLICITADOS

- Salón de Actos
 - Proyector
 - Puntero
 - Atril con micrófono
 - Fotos/Vídeos*
 - Micrófono(s) Número:.....

*se adjuntará presupuesto a parte, consultar

- Quirófano
 - Equipo Laparoscopia Número (máx.2):.....
 - Aspiradores Laparoscopia Número (máx.4):.....
 - Ecógrafo Número (máx.1):.....
 - Electro bisturí Monopolar/Bipolar básico Número (máx.2):.....

- Otros

.....

 IMPORTANTE: El quirófano está equipado con pequeño instrumental quirúrgico y fungible básico. Se aconseja adjuntar un documento con el listado de los requerimientos que se tiene para que estén disponibles para su uso.

CANALES DE DIFUSIÓN/PUBLICIDAD

- Externos (p.ej páginas web, revistas...)

.....

- Internos (p.ej. se va a colocar algún stand o pancarta o roll up dentro de las instalaciones de Navarrabiomed)

.....

OBSERVACIONES / INCIDENCIAS

.....
.....
.....

Fecha Solicitud:

Nombre/Apellidos y Firma del Solicitante

Fecha Aprobación:

Nombre/Apellidos y Firma del Responsable Gestión Animalario y Quirófano Experimental