

SOLICITUD DE:**SUMINISTRO****SERVICIO****Investigador/a Principal que suscribe la propuesta:** José Portolés**Proyecto con cargo al cual se financia el contrato:** HEALTHSTARPLUS REACT-EU**Tipo de Proyecto:**
☐ Proyecto Público
 ☐ Proyecto Privado
 ☐ Estructura
 ☐ Proyecto Europeo
 ☐ Ensayo clínico
Necesidad que pretende cubrirse¹: Obtención de PBMCs**Proveedor propuesto (indicar NIF):** A-58710740. Palex Medical S.A.**Duración (no superior a 1 año):** 60 días**Descripción del pedido** (Detallar unidades y conceptos del pedido, en su caso, tal y como figure en el presupuesto que se debe adjuntar)

OBJETO DEL CONTRATO	CÓDIGO CPV (NOTA)	UDS.	PRECIO UD.	IMPORTE (sin IVA)
LYMPHOPREP, 6x500ml; Solución separadora de linfocitos Referencia: 524435/ 1858 / 8445050248644	33696500-0	1	577,50	577,50

NOTA: El código CPV lo proporciona el proveedor y lo tiene que incluir en el presupuesto

Contacto IP (Tlf): 91 191 6758

En Majadahonda, a 20 de diciembre de 2022



Fdo. El investigador Principal

Dr./a.: José Portolés

¹ Motivación extensa de la necesidad que debe cubrirse y por la que se firma el contrato.

