|  |  |
| --- | --- |
| **Nº DE SOLICITUD****(A rellenar por INCLIVA)** |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE** |
| **NOMBRE Y APELLIDOS** |  |
| **CORREO ELECTRÓNICO** |  |
| **CENTRO DE TRABAJO** |  |
| **PERTENENCIA FORMAL** | [ ]  Contratado Fundación INCLIVA[ ]  Personal del Dpto. Valencia Clínico – Malvarrosa[ ]  Personal adscrito al IIS INCLIVA[ ]  Personal externo |

|  |
| --- |
| **DATOS DE FACTURACIÓN** |
| ***En caso de proyectos financiados/bolsas, cumplimente los datos que correspondan:*** |
| **Número del proyecto/bolsa** |  |
| **Nombre del proyecto/ Línea de investigación** |  |
| **Responsable**  |  |
| ***En caso de que no sea personal de INCLIVA/HCUV o adscrito a INCLIVA, cumplimente los siguientes datos:*** |
| **CIF** |  | **Razón social** |  |
| **Dirección** |  | **Provincia** |  |
| **Ciudad** |  | **Código Postal** |  |
| **Teléfono de contacto** |  | **Correo****electrónico** |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DEL SERVICIO** |
| **TIPO DE SERVICIO SOLICITADOS** | [ ]  Sesión Webinar (Zoom)[ ]  Grabación de sesiones [ ]  Postproducción de grabaciones | [ ]  Asistencia técnica *In Situ*[ ]  Fotografías[ ]  Otro. Indicar cual:  |
| **FECHA** | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. |
| **DURACIÓN (horas)** |  |
| **HORARIO** |  |
| **LUGAR DE CELEBRACIÓN** |  |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES** |
|  |

En Valencia a       de       del 20

**ENVÍE LA SOLICITUD A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:** **audiovisuales@incliva.es**

**En breve, se valorará su solicitud y se le enviará el presupuesto a su dirección de correo electrónico.**