|  |  |
| --- | --- |
| **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**](mailto:audiovisuales@incliva.es)

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