

Plataforma	BIOBANCO	
Ubicación	Centro de Investigación Médica Aplicada Laboratorio B.06 Avda. Pío XII 55, Edificio CIMA, 31008 Pamplona (Navarra)	Navarrabiomed Planta 2 Recinto de Complejo Hospitalario de Navarra. Edificio CIB. C/ Irunlarrea 3. 31008 Pamplona (Navarra)
Contacto	D^a. M^a Antonia Fortuño 948.194.700, Ext. 5035 fortuto@unav.es biobanco@unav.es (se ruega prioricen el contacto a través de esta cuenta)	Dr. Roberto Hernán 848.422.673 roberto.hernan.izquierdo@navarra.es biobanco.navarrabiomed@navarra.es (se ruega prioricen el contacto a través de esta cuenta)

Instrucciones:

El solicitante deberá cumplimentar el presente formulario, y enviarlo a la dirección de contacto indicada en la parte superior del presente documento.

1. Datos del solicitante

Nombre y Apellidos: Teléfono: email:
 Entidad: Departamento/Servicio:
 Calle:
 Población: CP: Provincia: País:

2. Datos de facturación

Entidad
 CIF
 Departamento/Persona de contacto
 Calle
 Población CP Provincia País
 Proyecto/referencia/partida de gasto

3. Datos de envío de factura (en caso de que no coincida con la dirección de facturación)

Entidad
 Departamento/Persona de contacto
 Calle
 Población CP Provincia País

El solicitante declara que pertenece a IDISNA: **NO- SI (táchese lo que no proceda)**

Fecha de solicitud:

Firma

A rellenar por la plataforma

Nº Registro	
Fecha recepción	
Presupuesto	
Importe	

Los datos aquí recogidos se encuentran en un fichero para uso interno y prestación de servicios de esta institución, que se hace responsable de dicho fichero adoptando los niveles de seguridad adecuados para garantizar la correcta utilización de los datos.
 Las personas legitimadas podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición regulados por LOPD 15/1999, dirigiéndose a la dirección: FUNDACIÓN INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE NAVARRA. Recinto de Complejo Hospitalario de Navarra. C/Irunlarrea, 3. C.P 31008 Pamplona.
 Teléfono: 848 42 87 00. Correo electrónico: info@idisna.es

www.idisna.es

ANEXO
SOLICITUD DE MUESTRAS: SI NO
SOLICITUD DE OTROS SERVICIOS SI NO

Servicio solicitado	Características del servicio

EN CASO DE SOLICITUD DE MUESTRAS, DEBE ADJUNTAR A ESTE FORMULARIO DE SOLICITUD:

1. Memoria del proyecto de investigación
2. Informe favorable del Comité de Ética (del Centro donde se realice el proyecto de investigación)
3. CV del investigador principal

Título del proyecto de investigación:
Nombre y Apellidos del Investigador Principal (si es distinto al solicitante):

 Adjunta financiación: SI NO Organismo: _____
 Otros datos que desee hacer constar _____

SUJETOS
Número de casos:

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión

Número de controles:

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión

DATOS ASOCIADOS

Datos	Justificación

Los datos aquí recogidos se encuentran en un fichero para uso interno y prestación de servicios de esta institución, que se hace responsable de dicho fichero adoptando los niveles de seguridad adecuados para garantizar la correcta utilización de los datos.

Las personas legitimadas podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición regulados por LOPD 15/1999, dirigiéndose a la dirección: FUNDACIÓN INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE NAVARRA. Recinto de Complejo Hospitalario de Navarra. C/Irunlarrea, 3. C.P 31008 Pamplona.

Teléfono: 848 42 87 00. Correo electrónico: info@idisna.es

www.idisna.es

MUESTRAS Y DERIVADOS

<input type="checkbox"/> Suero	Volumen: _____
<input type="checkbox"/> Plasma	Volumen: _____
<input type="checkbox"/> Sangre congelada	Volumen: _____
<input type="checkbox"/> Células Mononucleares de sangre	Número: _____
<input type="checkbox"/> Líquido cefalorraquídeo	Volumen: _____
<input type="checkbox"/> Orina	Volumen: _____
<input type="checkbox"/> Biopsias/fragmentados congelados	Tejido: _____
<input type="checkbox"/> DNA g	Volumen: _____ Concentración: _____
Tejido Congelado en bloque Origen/Órgano: _____ Neoplasias T. Tumoral (nº cortes) _____ Cortes _____ (µm) T. No tumoral (nº cortes) _____ Cortes _____ (µm) No neoplasias _____ Cortes _____ (µm)	Tejido fijado en bloque Origen/Órgano: _____ Neoplasias T. Tumoral _____ Cortes _____ (µm) T. No tumoral _____ Cortes _____ (µm) No neoplasias _____ Cortes (µm) _____
ESPECIFICACIONES:	OTRAS MUESTRAS:

De acuerdo con el Art. 69 de la Ley de Investigación Biomédica 14/2007 y con el Art. 34 del Real Decreto 1716/2011 que regulan la cesión de muestras humanas para investigación, al envío esta solicitud **el investigador acepta los siguientes compromisos.**

- Las muestras solicitadas se utilizarán exclusivamente para los objetivos que ha detallado, nunca para otros. El excedente de material si lo hubiera se destruirá al finalizar el proyecto.
- Las muestras no se cederán nunca a otros grupos o investigadores.
- La trazabilidad de las muestras que reciba debe mantenerse hasta su destrucción,
- Si las muestras no están anonimadas el investigador garantiza la seguridad y confidencialidad de los datos asociados a las mismas. No se transferirán a terceros.
- Informar al Biobanco de los resultados de la investigación, garantizando la disponibilidad de la información genética validada y relevante para la salud, que, en su caso, se pueda obtener del análisis de las muestras.
- El Biobanco aparecerá como proveedor de las muestras biológicas y/o datos y/o imágenes en cualquier comunicación o publicación derivada de la investigación, al menos en los apartados de Material y Métodos y en Agradecimientos. Se remitirá una copia de la misma al biobanco.
- Enviar en el término de un año, una memoria de la investigación realizada, así como una copia de los abstracts o artículos científicos que puedan derivarse de la investigación con las muestras del Biobanco.

El solicitante se hará cargo del envío de las muestras y de sus gastos derivados.

Fecha:

Firma

DATOS ENTREGA

(a cumplimentar por la Plataforma en el momento de la entrega)

Retirado por:	Nombre y Apellidos:	
Firma:	Email:	
	Tfno contacto	
	Lab/Dpto.	
Entregado por:	Nombre y Apellidos:	
	Fecha:	
Observaciones:		

Los datos aquí recogidos se encuentran en un fichero para uso interno y prestación de servicios de esta institución, que se hace responsable de dicho fichero adoptando los niveles de seguridad adecuados para garantizar la correcta utilización de los datos.

Las personas legitimadas podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición regulados por LOPD 15/1999, dirigiéndose a la dirección: FUNDACIÓN INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE NAVARRA. Recinto de Complejo Hospitalario de Navarra. C/Irunlarrea, 3. C.P 31008 Pamplona.

Teléfono: 848 42 87 00. Correo electrónico: info@idisna.es

www.idisna.es