



## SOLICITUD Y ACEPTACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

....., ..... de ..... de 201..

A la atención de la **Fundación Biomédica del Hospital Universitario La Paz:**

1.- Don/Doña..... , como Médico/Doctor del Servicio de..... del Hospital ..... de ....., solicito a la Dra. M<sup>a</sup> Dora Pascual-Salcedo, del Grupo de Investigación “Inmuno-Reumatología” del Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario La Paz, la realización de la prueba ..... enmarcada en el proyecto de investigación **“ESTUDIO DE LOS NIVELES DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN LA COHORTE ESPAÑOLA CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS SISTEMICAS. ESTABLECIMIENTO DE LOS RANGOS TERAPEUTICOS ÓPTIMOS”**.

El objeto de la citada prueba es determinar los niveles de fármaco o de anticuerpos frente al fármaco circulantes en suero del paciente.

SI / NO autorizo a que los resultados de los sueros analizados formen parte de la base de datos del proyecto arriba mencionado.

Soy conecedor y presto conformidad a que la prestación del servicio detallado más arriba conllevará el siguiente coste:

- **Base imponible: 120 €**
- **IVA (21%): 25,2 €**
- **TOTAL: 145,2 €**



## SOLICITUD Y ACEPTACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

Sin embargo, si no fuera necesario analizar la presencia de anticuerpos debido a la presencia de niveles adecuados de fármaco, el importe será:

- **Base imponible: 80 €**
- **IVA (21%): 16,8 €**
- **TOTAL: 96,8 €**

Fdo: .....

Servicio de..... del Hospital .....

2.- Don/Doña....., como Director/a de Gestión Económica (**o cargo de la persona responsable de autorizar el gasto**) autorizo el gasto y dispongo el pago de ..... euros, a los 60 días fecha factura emitida por la Fundación del Hospital Universitario La Paz, por la prestación del Servicio referido en el presente documento, manifestando que se dispone de crédito para ello. El pago se efectuará mediante transferencia bancaria a la c/c n ES47 2100 4065 13 2200092143 de La Caixa a nombre de FIBHULP. Para la emisión de la factura se utilizarán los siguientes datos:

Entidad:

CIF:

Domicilio social

Fdo:.....

Director/a de Gestión Económica del Hospital.....