

Pedido de compra de GPHF-Minilab®

Dirija su pedido a:

Technologie Transfer Marburg e.V. (TTM), Auf der Kupferschmiede 1, 35091 Cölbe, Germany,
Phone: +49-6421-87373-0, Fax: +49-6421-87373-73, E-mail: ttm@ttm-germany.de

1. Número de Minilabs que se requieren

2. Pedido efectuado por (Por favor, utilice sólo letras mayúsculas para rellenar el formulario)

Indique la dirección, incluidos el nombre completo de su organización, el código postal y el país, así como los números de teléfono y fax y la dirección de correo electrónico:

Especifique : Organismo oficial Entidad profesional Organización no gubernamental (ONG) Otros

3. Dirección para la factura en caso de no coincidir con la anterior (patrocinador)

Indique la dirección, incluidos el nombre completo de la organización, el código postal y el país, así como los números de teléfono y fax y la dirección de correo electrónico:

Especifique: Organismo público Entidad profesional Organización no gubernamental (ONG) Otros

4. Dirección a la que debe efectuarse el envío (colaborador local del proyecto)

Por favor, indique la dirección física completa, incluido el nombre de su colaborador, el código postal y el país, así como los números de teléfono y fax y la dirección de correo electrónico:

Especifique: Organismo oficial Entidad profesional Organización no gubernamental (ONG) Otros

5. Ubicación final de funcionamiento del Minilab

(Marque la casilla correspondiente y especifique la dirección y las dimensiones del centro)

5.1	<input type="checkbox"/>	dispensario local	5.2	<input type="checkbox"/>	Hospital comarcal
5.3	<input type="checkbox"/>	Hospital provincial	5.4	<input type="checkbox"/>	Clínica privada
5.5	<input type="checkbox"/>	Clínica eclesiástica	5.6	<input type="checkbox"/>	Farmacia hospitalaria
5.7	<input type="checkbox"/>	Farmacia minorista	5.8	<input type="checkbox"/>	Almacén médico central
5.9	<input type="checkbox"/>	Organismo oficial de farmacia	5.10	<input type="checkbox"/>	Organismo oficial de normas
5.11	<input type="checkbox"/>	Organismo de aduanas y aranceles	5.12	<input type="checkbox"/>	Universidad
5.13	<input type="checkbox"/>	Fabricante de medicamentos	5.14	<input type="checkbox"/>	Mayorista de medicamentos
5.15	<input type="checkbox"/>	Otros (especifique):			
5.16		Datos adicionales sobre el lugar de ubicación: por ejemplo, la <u>dirección completa (!)</u> , el número de empleados, el número anual de pacientes hospitalizados o ambulatorios, el volumen de medicamentos comprado o vendido, el número de pruebas que se realizan o se prevé realizar, etc.:			

6. Titulación del usuario del Minilab

6.1	<input type="checkbox"/>	Auxiliar de laboratorio farmacéutico		
6.2	<input type="checkbox"/>	Farmacéutico		
6.3	<input type="checkbox"/>	Auxiliar de laboratorio médico		
6.4	<input type="checkbox"/>	Médico		
6.5	<input type="checkbox"/>	Otros (Especifique):		
6.6		Experiencia laboral total:	_____ años	<input type="checkbox"/> ninguna
6.7		Experiencia en laboratorio:	_____ años	<input type="checkbox"/> ninguna
6.8		Experiencia en análisis de fármacos:	_____ años	<input type="checkbox"/> ninguna

Fecha

Firma
