UNIVERSITAT DE BARCELONA

# SOL·LICITUD DE RESERVA DEL LABORATORI DE SIMULACIO CLÍNICA

Dades del sol·licitant

Cognoms i nom:
Vinculació a la UB Departament/unitat:
Empresa (si no té vinculació a la UB): NIF:
Adreça telèfon: e-mail:

Dades del curs a realitzar:

Nom:
Durada:
Horari:

Dades de la reserva:

Espai físic i Audiovisuals ☐
Simulació bàsica ☐
Simulació avançada ☐

☐ Activitat docent UB -25%
☐ Activitat recerca UB -50%
☐ Empreses que han cedit equipaments -25%
☐ Mitja jornada(8h-14h ó 15h-21h) - 25%

Facturar a :

Empresa: .
NIF:
Adreça: Població: Telèfon .

Signatura del sol·licitant:
Nom:
Data:

Signatura:

José M. Nicolas
Responsable Laboratori de Simulació clínica