



FECHA DE ENTRADA	FECHA DE ANÁLISIS	FECHA DE RECOGIDA	CÓDIGO DE CLIENTE	CÓDIGO DE PARTE
------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-----------------

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Nombre:

Departamento:

Facultad:

Teléfono:

Extensión:

E-mail:

**Firma del Solicitante**

**DATOS DE FACTURACIÓN**

Servicio con cargo a:

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Departamento | <input type="checkbox"/> Proyecto de investigación |
| <input type="checkbox"/> Tesina       | · Clave  |
| <input type="checkbox"/> Tesis        | · Investigador principal                           |
| <input type="checkbox"/> Otros        | · Nombre del proyecto                              |

**Firma autorizada**

Nombre

**DATOS DEL ENSAYO**

Equipo/s solicitado/s para el ensayo :

Muestra tóxica:  SI  NO  Desconocida

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Electroforesis DNA/RNA | <input type="checkbox"/> Southern Blot | <input type="checkbox"/> Northern Blot      | <input type="checkbox"/> Western Blot  |
| <input type="checkbox"/> Diferential Display    | <input type="checkbox"/> SDS - Page    | <input type="checkbox"/> Gel 2- D proteínas | <input type="checkbox"/> Otros ensayos |

Química utilizada o requerida:

Condiciones del ensayo (si se conocen):

Comentarios e indicaciones: