

NO RELLENAR LOS CAMPOS SOMBREADOS

Datos del solicitante:

Nombre:	e-mail:	Extensión / Tlfno:
Centro / Empresa:	N.I.F.(sólo externos):	
Dirección:		
Investigador principal:	Proyecto / Nº de cuenta (sólo internos):	

Relación de muestras:

	Ref. Servicio Análisis	NA	R		Ref. Servicio Análisis	NA	R
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indicar naturaleza de las muestras y si procede, las precauciones necesarias para su manipulación (toxicidad, necesidad de guantes, mascarilla, etc.):

Datos del análisis

Muestra:	Sólida <input type="checkbox"/>	Líquida <input type="checkbox"/>	
Modo de adquisición:	Transmisión <input type="checkbox"/>	ATR <input type="checkbox"/>	Microscopía infrarroja <input type="checkbox"/>
Fuente:	NIR <input type="checkbox"/>	MIR <input type="checkbox"/>	
Rango de adquisición (cm ⁻¹):		
Expresión de resultados:	Absorbancia <input type="checkbox"/>	Transmitancia <input type="checkbox"/>	

Observaciones

Solicita devolución de la muestra: SÍ NO (Si no se especifica procederemos a su eliminación tras el análisis)

El solicitante se hará responsable y asumirá los costes derivados de cualquier tipo de contaminación o degradación de los materiales por reacciones de sus muestras en las condiciones de análisis.

Fecha y firma autorizada:

VºBº Director Técnico