



**FORMULARIO PARA SOLICITAR ANÁLISIS (SERVICIO EXTERNO)
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PRODUCTOS NATURALES**

Nombre solicitante o empresa: _____ E-mail: _____

Nombre empresa o Persona Física a la que se debe facturar: _____

Número de cédula: _____ Cédula Jurídica: _____ (si es distinta)

Contacto : _____ N° de teléfono: _____

Dirección _____ Código postal _____

Nombre de la muestra:	Lote:
	Fecha Lote:
Tipo de Muestra: <input type="checkbox"/> Materia Prima <input type="checkbox"/> Extracto <input type="checkbox"/> Gotas <input type="checkbox"/> Aceite Esencial <input type="checkbox"/> Jarabe <input type="checkbox"/> Cápsulas <input type="checkbox"/> Polvo <input type="checkbox"/> Otro (Especifique)	Tipo de Análisis: <input type="checkbox"/> GCMS <input type="checkbox"/> GCFID <input type="checkbox"/> LCMS <input type="checkbox"/> HPLC <input type="checkbox"/> Otro (Especifique)
Detalle del análisis solicitado	
PARA USO DEL CIPRONA	
CÓDIGO	FECHA DE RECIBIDO