



SOLICITUD DE SERVICIO DE EXTRACCIÓN DE DNA HUMANO (Saliva).

DATOS DEL SOLICITANTE

		Cotización	
Nombre del proyecto			Fecha:
Responsable del proyecto:			email:
Colaboradores del proyecto:			email(s):
Nombre del Solicitante:			email:
Nombre de la Institución:			
Tel:		Ext:	
		Fax:	

Tubos de colección de la muestra: (marcar los rectángulos con una "X")

ORAGENE

SPECTRUM

STRATEC

Si los IDs de las muestras fueron enviados por email en archivo Excel, favor de avisar al encargado del Servicio y enviar ésta solicitud en original con los datos del Solicitante y firma correspondiente.

DATOS DE LA(S) MUESTRA(S)

No.	ID MUESTRA	FECHA DEL MUESTREO	OBSERVACIONES
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			

AUTORIZACION

Nombre y Firma del Responsable del Proyecto



Cotización	
------------	--

No.	ID_MUESTRA	FECHA DEL MUESTREO	OBSERVACIONES
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			

AUTORIZACION

Nombre y Firma del Responsable del Proyecto