

Consecutivo: _____

Fecha recibo: _____

Solicitud de servicios analíticos

REMITENTE

Empresa: _____
 Responsable: _____
 E-mail: _____
 Teléfono: _____
 Dirección: _____

NIT: _____
 Area: _____
 Fax: _____
 Ciudad: _____

INFORMACION DE LA MUESTRA:

IDENTIFICACION DE LA MUESTRA ENVIADA		ANALISIS REQUERIDO(S)										USO MICOTOX LTDA		
Nombre de la muestra	Tipo de muestra	TLC	HPLC										Muestra	Peso (g)
		DAS-NEO	AF's	ZEA	DON	OTA	AF-M1	FUM	T2-HT2	MEL	CAF			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

DAS-NEO: Diacetoxyscirpenol y Neosolaniol AF's: Aflatoxinas B₁, B₂, G₁ y G₂ ZEA: Zearelenona y HT-2 Toxina DON: Deoxinivalenol OTA: Ocratoxina A AF-M₁: Aflatoxina M₁ FUM: Fumonisin B₁ y B₂ T2 -HT2: T-2 Toxina
 MEL: Melamina CAF: Cafeína

Instrucciones especiales:

Autoriza que su resultado sea reportado por: Fax
 (la copia original será enviada por correo) E-mail
 Teléfono

Comentarios / observaciones:

Fecha de envío _____

Versión: solicitudserv/03/2011

PARA:
 Micotox Ltda
 Atención: Laboratorio y/o Liliana Perilla
 Calle 40 No. 18-A-24
 Bogotá D.C. - Colombia
 Tel.: 3400 670

DE:

 Tel.: