

A cumplimentar por el Servicio de DRX

Nº ENSAYO	<input type="text"/>
FECHA	<input type="text"/>

A CUMPLIMENTAR POR EL USUARIO

NOMBRE SOLICITANTE	<input type="text"/>
e-MAIL	<input type="text"/>
TELÉFONO	<input type="text"/>
INVESTIGADOR PRINCIPAL	<input type="text"/>
CENTRO	<input type="text"/>
PROYECTO/FACTURACIÓN	<input type="text"/>

DATOS DE LA MUESTRA/S	
IDENTIFICACIÓN MUESTRA/CÓDIGO	<input type="text"/>
CONSERVACIÓN (EJ: EN FRIO)	<input type="text"/>
TOXICIDAD/NECESIDAD DE PROTECCIÓN	<input type="text"/>
DISOLVENTE DE CRISTALIZACIÓN	<input type="text"/>
ELEMENTOS/FÓRMULA DESARROLLADA	<input type="text"/>
RECUPERACIÓN DE LA MUESTRA TRÁS LA MEDIDA. Indicar	<input type="radio"/> Sí (se conservaría hasta recuperación hasta 1 mes) <input type="radio"/> No

INDICAR TIPO DE ENSAYO (marca con una X)

PARAMETROS DE LA MEDIDA			
INDICAR MICROFUENTE usada	<input type="checkbox"/> Cu	<input type="checkbox"/> Mo	<input type="checkbox"/> Ag
TEMPERATURA (K)	<input type="text"/>		
TAREAS SOLICITADAS	<input type="checkbox"/> Parámetros de celda	<input type="checkbox"/> Recoqida completa	

COMENTARIOS
<input type="text"/>

Fdo. El responsable o persona autorizada _____