|  |  |
| --- | --- |
| Folio de solicitud de servicio interno: |  |

# Servicio urgente

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha envío de muestras: |  | Fecha de pago: |  | |
| Nombre y firma de quien envía las muestras | | **¿Las muestras requieren un almacenamiento especial?** | | | |
|  | | \_\_\_Sí | | \_\_\_No | |
| Especifique: | | | |

# Información general del cliente

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la empresa o razón social | | |  |
| Dirección |  | | |
| Nombre del contacto o solicitante | | |  |
| Cargo |  | | |
| Teléfono |  | | |
| Correo electrónico | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha recepción  de muestras: |  | Fecha compromiso entrega de resultados: | |  |
| Nombre y firma de quien envía las muestras | | | **Nombre y firma del jefe de control de calidad** | | |
|  | | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Folio de solicitud de servicio interno: |  |

# Información de las muestras

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | ID cliente de  la muestra | Tipo de muestra | Descripción de la muestra | Método solicitado | Condiciones especiales | Cantidad muestra | Observaciones |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |

* Favor de indicar si requiere devolución de las muestras analizadas: \_\_\_ Sí \_\_\_ No
* En caso de ser afirmativa la respuesta se le informa que de las muestras a devolver se cobrará gastos de envió.
* **Nota: La mayoría de los ensayos son destructivos**