|  |
| --- |
| **EMPRESA: FECHA Y HORA DE RECEPCION:**  **CONTACTO: FECHA DE MUESTREO:**  **TELEFONO: E-MAIL:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TIPO DE MUESTRA | DATOS DE LA MUESTRA | ANALISIS SOLICITADO |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **MODO DE ENVIO DE RESULTADOS:**  **RETIRA PERSONALMENTE**  **CORREO ELECTRONICO** El cliente se hace responsable de la confidencialidad de los resultados cuando solicite que los mismos sean enviados por mail.  **RETIRA COMISIONISTA AUTORIZADO** El cliente se hace responsable de la confidencialidad de los resultados cuando solicite que los mismos sean enviados por comisionista o correo postal.  **Autorizo al laboratorio a no emitir el informe en papel con firma autorizada.**  **Autorizo al laboratorio a realizar el análisis, sabiendo que la muestra no cumple con las condiciones de aceptación, a saber:**   * **Plazo entre fecha de extracción y su procesamiento menor a 36 hs para microbiológico y menor a 24 hs para FQ – agua. Con la premisa de que pasada la hora 12:00 am se procesa al día hábil siguiente (los días hábiles son de lunes a viernes).** * **Temperatura de muestras refrigeradas menor a 8ºC.**   **Los desvíos serán informados en el protocolo correspondiente.** |
| **FIRMA Y ACLARACIÓN DEL CLIENTE:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARA COMPLETAR POR EL LABORATORIO:** | **SEÑA $**  **PAGO TOTAL $** |
| **Temperatura de la muestra:** |  |
| **RESPONSABLE DE RECEPCION DE LA MUESTRA:** |  |