

SERVEI DE GENÒMICA
FULL DE SOL·LICITUD D'ASSAIG AL CFX96

RECEPCIÓ

SORTIDA

1. Dades del sol·licitant:

Nom i Cognoms:		
Empresa/Centre:		
Facultat/Departament:		
Adreça:		
Població:	C.P.:	
Província:	e-mail:	
Telèfon:	Extensió:	Fax:

2. Dades de facturació:

Nom Empresa/Centre:	CIF:
Facultata/Departament:	
Adreça:	
Població:	C.P.:
Província:	Telèfon:
Núm. Comanda/Projecte:	
La factura a d'anar a l'atenció de:	

3. Dades de l'assaig:

Número plaques		
Tipus d'assaig	Quantificació absoluta	
	Quantificació relativa	
	Discriminació al·lèlica	
	HRM	
Tipus de marcatge	Sonda TaqMan	
	Sonda Taqman MGB	
	SYBR Green	
	Altres (especificar)	
Volum final de reacció (µl)		

4. Data de lliurament:

5. Signatura del sol·licitant: