



F-LMA-01. Solicitud de servicio

Fecha:	Folio SIII:
--------	-------------

Servicio que solicita

SEM () EDS () Micro CT () Histología () Confocal () Epifluorescencia () TEM () Ultramicrotomía ()	Número de muestras:
Descripción del servicio:	

Datos Administrativos

Solicitante: _____
Investigador responsable: _____
Dependencia: _____
Teléfono: _____
Correo electrónico: _____
Tipo de usuario: () INECOL () Externos A* () Externos B** () Externos C***
Requiere factura: () Sí () No

Observaciones

--

* Usuarios de Instituciones de educación Superior Públicas, Centros de Investigación Nacionales

** Usuarios de Instituciones de Educación privadas, Centro de investigación Internacionales

*** Empresas

Firma del solicitante: _____