

**Solicitud de servicio**

Fecha:	Número de solicitud: (Para uso de la Unidad)
--------	---

Servicio que solicita

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

Datos Administrativos

Solicitante: _____

Investigador responsable: _____

Dependencia: _____

Teléfono: _____

Email: _____

Con cargo a: () INECOL () Externos A * () Externos B **

Requiere factura: () Sí () No

Observaciones

--

* Usuarios de Instituciones de Educación Superior Públicas, Centros de Investigación Nacionales.

** Usuarios de Instituciones de Educación Privadas, Centros de Investigación Internacionales y/o Empresas.

Firma del solicitante: _____