AQM Laboratorios	**FORMULARIO DE SOLICITUD DE ENSAYOS** **REGISTRO DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS**	**AQM LABORATORIOS, S.L.** **Avda./ Euro s/n – Mercaolid** **Valladolid** **TLF. 983379190 FAX: 983379211** **www.aqmlaboratorios.com** **e-mail: info@aqmlaboratorios.com**

DATOS DEL CLIENTE		
CLIENTE:		PERSONA CONTACTO:
FECHA SOLICITUD:	FECHA RECEPCIÓN:	FECHA INFORME:
OTROS DATOS:		

DATOS DE LA MUESTRAS						Nº Total Muestras entregadas:
CUMPLIMENTAR POR EL CLIENTE		CUMPLIMENTAR POR AQM LABORATORIOS				
DENOMINACIÓN (1)	REFERENCIA (2)	TIPO (3)	ENVASE (3)	VOL (3) CANTIDAD	UDS	CÓDIGO AQM

CODICIONES DE RECEPCIÓN: Las muestras deben ser recibidas: ☐ Congeladas ☐ Refrigeradas ☐ Tª Ambiente

PARÁMETROS SOLICITADOS	

DATOS MEDIDOS POR EL CLIENTE:

OBSERVACIONES:

EL CLIENTE AQM LABORATORIOS

FDO.: …….. FDO.: ……..

NOTAS
1 - Indicar el nombre con el que se desea identificar la muestra
2 - Referencia de la muestra que desea hacer constar en el informe de análisis
3 - Ver anexo I PG-009: Condiciones Recepción y conservación de muestras.