

Formato de solicitud de Servicio Vinculación ACADÉMICA



LABORATORIO DE RAYOS X POLVOS

Centro de Investigaciones Química, UAEM

Tel. 329 7997 ext 6036

Fecha de solicitud _____ Folio _____

Unidad Académica solicitante: _____ Firma del director de la Unidad: _____

Nombre y Firma del Investigador Solicitante: _____

Clave de la muestra: _____

Intervalo 2-Theta (2θ) (normalmente de 5 – 60): _____

Amorfa _____ Cristalina _____

Observaciones: _____

Uso interno:

| | | | |
|---------------|----------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| No. Servicio: | Lab. RX polvos | Vinculación | Usuario |
| Recibió: | Recibió | Recibió | Enterado: |
| Hora: | Hora: | Hora: | Entregado: |
| fpp | fer | Notificó: | Finalizado: |
| | | <input type="checkbox"/> Convenio | <input type="checkbox"/> Facturado |