



FORMULARIO SERVICIO DE SECUENCIACION (SBM)

Investigador Principal:

Centro de Investigación:

Departamento:

Email Usuario:

Teléfono de contacto:

Número de muestras:

Tipo DNA: Plásmido

Tamaño Producto :bp

Productos PCR

Concentración :ng/ μ l

Primer Servicio: M13-F

SP6-F

T3-F

T7-F

T7-R

Primer Cliente:

Fecha de entrega:

(A rellenar por SBM)

Fecha de salida de resultados:

Carpeta de resultados:

Total a Facturar €