



## **FORMULARIO SERVICIO DE GENOTIPADO (SBM)**

Investigador Principal: .....

Centro de Investigación: .....

Departamento: .....

Email Usuario: .....

Teléfono de contacto: .....

Número de muestras: .....

Marcador Estándar:  AF\_445<sup>#</sup> (nuevo SBM)

LIZ<sup>##</sup>

Fecha de entrega: .....

**(A rellenar por SBM)**

Fecha de salida de resultados: .....

Carpeta de resultados: .....

**Total a Facturar € .....**

<sup>#</sup> Precio año 2014 (2.10€/pocillo)

<sup>##</sup> Precio año 2014 (2.30€/pocillo)