

Empresa (*)			
Contacto (*)			
Muestra (*)			
Registro sanitario		Descripción (composición, DCI, marca, FF,dosis)	
Fabricante		Cond. almacenamiento	
Lote(*)		Vencimiento	
Envase		Unidades para análisis	
Unidades para contramuestra		Cant_partida	
Fecha acta de muestreo		Número Acta	
Guía de despacho		OC_cliente	
Cotización			
Motivo de la solicitud	☐ Control de calidad ☐ Validación ☐ Estudio de estabilidad	☐ Investigación interna ☐ Otro	

Análisis solicitados (*)

Nºreferencia EPT		Referencia Método	

Todos los campos deben ser completados, N/A si no aplica. Los campos (*)son obligatorios

Notas:

En caso que requiera una modificación o la anulación de esta orden, favor enviar un correo al mail cequc@uc.cl en los próximos 2 días hábiles. No aplica para test de esterilidad

Documentos adjuntos

Especificaciones ☐ Método ☐ Acta de muestreo ☐

Otro:

Observaciones

Fecha solicitud

--	--

Uso interno CEQUC			
Recibe/fecha /hora		Almacena a temperatura controlada/ hora	
		Revisor QA/fecha	