**SOLICITUD DE EXPERIMENTO MALDI TOFTOF Y BIOTYPER**

**FECHA:**

**DATOS DEL SOLICITANTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre | | | |
| Telf.: | Fax: | E-mail: | |
| Grupo de Investigación/ Empresa/Centro: | | | |
| Responsable del Proyecto: | | | |
| Firma del Responsable de aceptación del gasto de los análisis solicitados según tarifa vigente o presupuesto emitido: | | |  |

**DATOS DE LA MUESTRA**

|  |  |
| --- | --- |
| Referencia: | |
| Peso molecular: | Fórmula molecular: |
| Cantidad: | Solicita devolución: Si  No |
| Solubilidad: | Almacenaje: TA  5º  -20º  -80º |
| **IMPORTANTE:** ¿La muestra puede contener sustancias tóxicas o peligrosas? Si  No  En caso afirmativo indicar cuales: | |

**TIPO DE SERVICIO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MALDI TOFTOF | | | |
| Rango de Masas: | | Modo de  ionización: | Positiva  Negativa |
| Indicar condiciones preparación muestra (Matriz, aditivo, etc)  **IMPORTANTE** En caso de no indicar condiciones de preparación de la muestra, se facturará por hora de uso de equipo. | | | |
| Formula molecular en alta resolución | Espectro de MSMS  Indicar cuál/es : | | |
| **BIOTYPER** | | | |
| **Observaciones:** | | | |

**A RELLENAR POR EL SGI DE ESPECTROMETRIA DE MASAS**

|  |  |
| --- | --- |
| Técnico: | Fecha: |
| Experimento/s realizado/s: | |
| Localización del archivo asociado: | |
| Observaciones SGI: | |