**SOLICITUD DE EXPERIMENTO MALDI TOFTOF Y BIOTYPER**

**FECHA:**

**DATOS DEL SOLICITANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: | E-mail: |
| Telf.: | Fax: |
| Investigador principal: | Grupo de Investigación/ Empresa/Centro: |
| Datos para la emisión de factura *(Domicilio fiscal, NIF…)*: |

**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 deionización:  | 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: |

Vº Bº Responsable Grupo de Investigación / Persona Autorizada

Fdo.: