**SOLICITUD DE COTIZACION PHARMILAB SAS**

1. **INFORMACION DEL CLIENTE:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL CLIENTE:** |  | **NIT:** |  |
| **DIRECCION:** |  | **TELEFONO:** |  |
| **CONTACTO:** |  | **CARGO:** |  |

1. **TIPO DE MUESTRA A ENVIAR (Por favor marque con una X):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Producto terminado |  | Materia prima |  | Material de envase |  | Material de empaque |  | Producto en proceso |  | Excipiente |  | Equipo |  |
| Manos |  | Ambiente |  | Superficie |  | Aire comprimido |  | Guantes |  | Uniforme |  | Desinfectante |  |
| Agua destilada |  | Agua potable |  | Agua purificada |  | Agua desmineralizada |  | Agua Filtrada |  | Cual? |  |

1. **FRECUENCIA DE ENVIO APROXIMADA Y CANTIDADES (Marque con una X la frecuencia estimada y especifique las cantidades y tipo (s) de muestra (s).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FRECUENCIA** | **TIPO DE MUESTRA** | **CANTIDAD DE MUESTRAS** |
| **DIARIA** |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **SEMANAL** |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **QUINCENAL** |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **MENSUAL** |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **BIMENSUAL** |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **TRIMESTRAL** |  |  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **REQUIERE SERVICIO DE MUESTREO**

**SI\_\_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_**