**Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto - FCFRP**

**Laboratório de Imagens de Alta Resolução e Estudos Celulares**

 **(LIAREC) – LapChip GXII Touch**

**Telefone:** (16) 3315-4292

Amostras n°: data: / /

|  |
| --- |
| **Identificação do usuário:** |
| Nome do responsável (orientador): |
| Nome do aluno: |
| Título do Projeto de Pesquisa: |
| Número do processo e agência: |
| Ramal para contato: |
| e-mail: |
|  |
|  |
| **Identificação das amostras:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Observações:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro estar ciente que dentro de **60 dias** após a aquisição da análise a amostra será descartada.

Assinatura: