**Solicitação de SERVIÇOS DE DIFRAÇÃO DE RAIOS X**

Data: / /

|  |
| --- |
| **Dados do Solicitante/Empresa** |
| Nome/Razão Social:  |
| Endereço:  |
| Email:  | Cidade/Estado:  |
| CPF/CNPJ:  | CEP: |

|  |
| --- |
| **Dados do Responsável** |
| Nome:  | Celular:  |
| Email:  | Telefone:  |
| Função:  | Ramal: |
| [ ] Doutorado; [ ] Mestrado; [ ]Graduação; [ ] Outros:  |

|  |
| --- |
| **Publicações** |
| Primeira vez que utiliza as instalações do LDRX? [] sim [ ] não |
| **Resumo do Pedido** |
| Titulo:  |
| Descrição geral:  |
| Objetivo da análise solicitada:  |

|  |
| --- |
| **Dados da Amostra** |
| N° de Amostras:  |
| Tipo de material:  |
| Riscos (Toxicidade, patogenidade, etc.): [ ] químicos ; [ ] radiológicos ; [ ] biológicos **Caso assinale uma das opções acima o solicitante deve encaminhar as fichas de segurança do material (*material satefy datasheet*)** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Responsável