**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