

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

DATOS DEL USUARIO
Nombre:
Posición:
Teléfono:
E-mail:
Institución, Departamento, Laboratorio:
Fecha (día/mes/año):

DESCRIPCIÓN DE LAS MUESTRAS
Origen de las muestras (organismo).
Indique si su muestra ya ha sido extraída y/o purificada o requiere este servicio.
Indique si necesitará que las muestras sean filtradas con SPE u Oasis (concentrar), HLB.
Número de muestras por analizar, incluyendo réplicas.

TIPO DE SERVICIO SOLICITADO
Seleccione la técnica que requiere para el análisis de sus muestras o indique si requiere asesoría: <ol style="list-style-type: none">1. HPLC-DAD2. HPLC-FLD3. HPLC-ELSD

4. ICP-MS
5. LC-MS QTOF SYNAPT
6. LC-MS TOF LCT Premier
7. GC-MS

Indique si su análisis requerirá uso de estándares analíticos (externos, internos o marcados) o materiales de referencia:

Breve descripción del servicio solicitado, y como piensa que el servicio cubrirá sus necesidades:

TIPO DE RESULTADOS

Seleccione el tipo de resultado que desee:

- Detección (presencia o ausencia de metabolitos en específico).
- Cuantificación de metabolitos en específico.
- Archivos no procesados obtenidos según la plataforma analítica (entregados en USB).
- Datos procesados, análisis de metabolómica con pre-identificación de compuestos.
- Datos procesados, análisis de metabolómica con pre-identificación de compuestos y análisis estadístico multivariado.