

DATOS DEL CLIENTE

RAZÓN SOCIAL: _____ CONTACTO: _____
 R.F.C.: _____ No. AIF: _____ TEL./CEL.: _____
 DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: _____

M.P.	P.P.	P.T.	ESTERIL	CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO	FECHA DE INGRESO AL LABORATORIO	CÓDIGO DE CLIENTE

DATOS DE LA MUESTRA

NOMBRE: _____
 No. LOTE: _____ FORMA FARMACÉUTICA: _____
 FECHA DE ELABORACIÓN: _____ FECHA DE CADUCIDAD: _____
 FECHA DE MUESTREO: _____ CANTIDAD ENVIADA (g/mL): _____
 EMPAQUE PRIMARIO: _____
 EMPAQUE SECUNDARIO: _____

USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO

No. REGISTRO INTERNO: _____

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	
ESPECIFICACIONES Ó CONCENTRACIONES	
ANÁLISIS SOLICITADOS Y RANGOS DE ACEPTACIÓN	
NOTAS ADICIONALES	

M.P. = MATERIA PRIMA
 P.P. = PRODUCTO EN PROCESO
 P.T. = PRODUCTO TERMINADO