

REQUISIÇÃO DE ENSAIOS

Data Receção: ____/____/____ Hora: ____:____ Operador Laboratório: _____

Data Envio: ____/____/____ Hora: ____:____ Operador Laboratório: _____

[A preencher pelo laboratório]

Identificação do Cliente

Nome:		Nº:	
Ref. Proposta Associada			

Identificação da Amostra

Tipo de Produto a Analisar	Mosto <input type="checkbox"/>	Vinho Mesa <input type="checkbox"/>	Vinho Generoso <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>
Observações:				
Data Entrega Pretendida: ____/____/____	URGENTE <input type="checkbox"/>			

Tipo Ensaio

Nº INTERNO AMOSTRA	Ensaios pretendidos
Observações:	

Forma de Envio de Relatório de Ensaio

<input type="checkbox"/> E-mail [indicar email(s)]	<input type="checkbox"/> Pessoalmente
	<input type="checkbox"/> Correio [preencher ficha de cliente]
	<input type="checkbox"/> Fax [indicar nº]

Observações: O Cliente deseja acompanhar a execução do ensaio

Para cumprimento do serviço solicitado a ENOFAST pode ter de recorrer à subcontratação continuando a garantir as condições de imparcialidade, confidencialidade e rigor.

Responsável pela entrega amostra: _____
 (indique por favor de forma legível o Nome e Apelido)