

FORMULÁRIO DE RESERVA DA CENTRÍFUGA REFRIGERADA

Nome do Usuário: _____

Laboratório/Setor: _____ Ramal: _____

Data da Reserva: ____ / ____ / ____ Horário: _____

Tipo de Rotor: _____

Velocidade (rpm): _____

Tempo de Centrifugação (min): _____

Temperatura (°C): _____

Descrição da Amostra: _____

Responsável pela reserva: _____

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

