



RECEPCIÓN N°

SOLICITUD CONTROL DE SERIE

A.- IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE:

Nombre del Laboratorio:

Dirección:

RUT: -

Dirección de muestreo

Teléfono/Fax:

e-mail de contacto

@

B.- DESCRIPCION DEL PRODUCTO:

C.- USO EXCLUSIVO DE LABORATORIOS:

D.- USO EXCLUSIVO SUBDEPARTAMENTO LABORATORIO NACIONAL DE CONTROL:

Muestreo reducido, nivel de inspección especial S-1 a S-4. Norma ISO 2859-1

	Pallets totales	N° envases terciarios	N° cajas	Total
Venta publico				
Envases clínicos				
Muestras médicas				
TOTAL				

	TOTAL MUESTRAS
	Físico químico
	Antibióticos
	Esterilidad
	UPB

Fecha: / /

Firma Jefe Sección Biológica