LILCYL Avda. Viñalta S/N 34005 Palencia	**SOLICITUD DE ENSAYOS DISTINTOS DE LOS DE PAGO POR CALIDAD**	Fecha: Hoja 1 de 1

EMPRESA: NIF/CIF:
DIRECCIÓN:
POBLACIÓN:
COD.POSTAL: PROVINCIA:
TELEFONO: FAX:
PERSONA CONTACTO:

Código o identificación de la muestra	Tipo de producto a analizar	Identificación LILCYL	Ensayos a realizar

FECHA DE ENVÍO:

Firma y Sello.