

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS (PPG CiPharma) - UFOP

LABORATÓRIO MULTIUSUÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DE MOLÉCULAS (LMCM)

Nome do usuário		
Nome do Orientador/ Pesquisador Responsável		
Laboratório/Departamento		
e-mail/Telefone		
Data da solicitação (para uso do LMCM)		
Código da Amostra e Estrutura Química	Massa (mg)	Solvente

Serviço solicitado

1 –
2 –
3 –
4 –
5 –
6 –

Observações do LMCM

--

Assinatura do Orientador/Pesquisador responsável: _____

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS (PPG CiPharma) - UFOP

LABORATÓRIO MULTIUSUÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DE MOLÉCULAS (LMCM)

Nome do usuário		
Nome do Orientador/ Pesquisador Responsável		
Laboratório/Departamento		
e-mail/Telefone		
Data da solicitação (para uso do LMCM)		
Código da Amostra e Estrutura Química	Massa (mg)	Solvente

Serviço solicitado

1 –
2 –
3 –
4 –
5 –
6 –

Observações do LMCM

--

Assinatura do Orientador/Pesquisador responsável: _____