

HOJA DE REMISION DE MUESTRAS AL LND FCS

I. Datos Generales

Fecha y hora de recibo de muestra: _____ Recepcionista de muestra: _____
 Fecha y hora de coleccion de muestra: _____ Colector de muestra: _____
 Tipo de Usuario: CV: _____ PN: _____ SV: _____ Otros: _____ Telefono: _____ Email: _____

Condiciones fisicas de la muestra:	
SE ACEPTA: _____	SE RECHAZA: _____

Nota: La muestra se acepta si cumple con las características declaradas en el PT 7.4, en caso contrario se rechaza, a excepcion de lo indicado en la Nota 2 al pie de este formulario.

Procedencia de la muestra

Lugar de origen/procedencia	Municipio:	Comunidad:	Finca:	Latitud	Longitud	Altitud	Area Total:	Area afectada:
A.R _____	P.I _____	R.O.C _____	Placa: _____	Puesto: _____				

II. Detalle de la muestra

N°	Consignatario/ Productor	Codigo Asignado	Cultivo (Nombre Cientifico)	Variedad	Cantidad/ Tamaño/ Peso de la muestra	Analisis solicitado											No de Lote/ Estiba:	Peso del lote (Quintales/ Kg)	Observa ciones
						Calidad de Semillas					Fitosanitario								
						Primer Conteo (Sin Costo)	Germinacion	Viabilidad	Pureza	Variedades	Humedad (%)	No.Semillas/Lb	Herbologia	Micologia	Bacteriologia	Nematologia			
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
Total de analisis																			

III. Tipo de muestra, Marque con una x, según el caso

Insecto <input type="checkbox"/>	Brote <input type="checkbox"/>	Tuberculo <input type="checkbox"/>	Rizoma <input type="checkbox"/>	Flor <input type="checkbox"/>
Tallo/ Rama <input type="checkbox"/>	Grano <input type="checkbox"/>	Suelo <input type="checkbox"/>	Fruto <input type="checkbox"/>	Cormo <input type="checkbox"/>
Semilla <input type="checkbox"/>	Raiz <input type="checkbox"/>	Hoja <input type="checkbox"/>	Bulbo <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

IV. Sintomas generales, Marque con una x, según el caso

Marchitez <input type="checkbox"/>	Clorosis <input type="checkbox"/>	Necrosis <input type="checkbox"/>	Otros (especificar)
Manchas <input type="checkbox"/>	Defoliacion <input type="checkbox"/>	Pudricion <input type="checkbox"/>	
Galeria/orificio <input type="checkbox"/>	Minado <input type="checkbox"/>	Mordedura <input type="checkbox"/>	

V. Observaciones : _____