



Laboratorio de Referencia
ELLI, S.A. DE C.V.

Calle Félix Parra No. 39,
Col. San José Insurgentes,
Alcal. Benito Juárez, CDMX
Tels.: (55) 2454 7901, (55) 2454 7902

SOLICITUD DE ESTUDIOS DE MAQUILA

No. Cliente: _____ Nombre de Laboratorio: _____ Fecha: _____
 Nombre de quien envía: _____ Reporte: Original E-mail

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s) y/o Folio		Clave	Estudio(s) Solicitado(s)	Precio	Excl. Eli
Edad	Sexo	Tipo de Muestra	Plasma <input type="radio"/> Suero <input type="radio"/> Orina <input type="radio"/> Sangre T. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>						
Edad	Sexo	Tipo de Muestra	Plasma <input type="radio"/> Suero <input type="radio"/> Orina <input type="radio"/> Sangre T. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>						
Edad	Sexo	Tipo de Muestra	Plasma <input type="radio"/> Suero <input type="radio"/> Orina <input type="radio"/> Sangre T. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>						
Edad	Sexo	Tipo de Muestra	Plasma <input type="radio"/> Suero <input type="radio"/> Orina <input type="radio"/> Sangre T. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>						
Edad	Sexo	Tipo de Muestra	Plasma <input type="radio"/> Suero <input type="radio"/> Orina <input type="radio"/> Sangre T. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>						
Edad	Sexo	Tipo de Muestra	Plasma <input type="radio"/> Suero <input type="radio"/> Orina <input type="radio"/> Sangre T. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>						
Edad	Sexo	Tipo de Muestra	Plasma <input type="radio"/> Suero <input type="radio"/> Orina <input type="radio"/> Sangre T. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>						

TOTAL POR ESTUDIOS SOLICITADOS \$

NO LLENAR PARA USO EXCLUSIVO DE LABORATORIO DE REFERENCIA ELI

Recibi: \$ _____ Por Concepto de: _____ Nombre: _____ Firma: _____

Recepción Eli Nombre: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Firma: _____
 Capturó: _____ Vo.Bo.: _____ ENVIÓ/IMPRESIÓN: _____



Laboratorio de Referencia
ELLI, S.A. DE C.V.

Calle Félix Parra No. 39,
Col. San José Insurgentes,
Alcal. Benito Juárez, CDMX
Tels.: (55) 2454 7901, (55) 2454 7902

SOLICITUD DE ESTUDIOS DE MAQUILA

No. Cliente: _____ Nombre de Laboratorio: _____ Fecha: _____
 Nombre de quien envía: _____ Reporte: Original E-mail

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s) y/o Folio		Clave	Estudio(s) Solicitado(s)	Precio	Excl. Eli
Edad	Sexo	Tipo de Muestra	Plasma <input type="radio"/> Suero <input type="radio"/> Orina <input type="radio"/> Sangre T. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>						
Edad	Sexo	Tipo de Muestra	Plasma <input type="radio"/> Suero <input type="radio"/> Orina <input type="radio"/> Sangre T. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>						
Edad	Sexo	Tipo de Muestra	Plasma <input type="radio"/> Suero <input type="radio"/> Orina <input type="radio"/> Sangre T. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>						
Edad	Sexo	Tipo de Muestra	Plasma <input type="radio"/> Suero <input type="radio"/> Orina <input type="radio"/> Sangre T. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>						
Edad	Sexo	Tipo de Muestra	Plasma <input type="radio"/> Suero <input type="radio"/> Orina <input type="radio"/> Sangre T. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>						
Edad	Sexo	Tipo de Muestra	Plasma <input type="radio"/> Suero <input type="radio"/> Orina <input type="radio"/> Sangre T. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>						
Edad	Sexo	Tipo de Muestra	Plasma <input type="radio"/> Suero <input type="radio"/> Orina <input type="radio"/> Sangre T. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>						

TOTAL POR ESTUDIOS SOLICITADOS \$

NO LLENAR PARA USO EXCLUSIVO DE LABORATORIO DE REFERENCIA ELI

Recibi: \$ _____ Por Concepto de: _____ Nombre: _____ Firma: _____

Recepción Eli Nombre: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Firma: _____
 Capturó: _____ Vo.Bo.: _____ ENVIÓ/IMPRESIÓN: _____