

FECHA RECEPCION	DIA	MES	AÑO	Nº SOLICITUD	

SOLICITANTE	
-------------	--

DIRECCION	
-----------	--

CIUDAD O PARAJE		DEPARAMENTO	
-----------------	--	-------------	--

E - MAIL	
----------	--

TEL / CEL		FAX	
-----------	--	-----	--

DESCRIPCION MUESTRA	
---------------------	--

PROFUNDIDAD (m)	CAUDAL (m/h)	LUGAR DE EXTRACCION	FECHA EXTRACCION

TIPO ACTIVIDAD	TIPO DE RIEGO	ENTREGA MUESTRAS	
		oficina	postal

DEPOSITO BROU	RECIBO MGAP	FIRMA DEL SOLICITANTE

SOLICITANTE	
-------------	--

COSTO	FECHA DE RECEPCION	Nº SOLICITUD	
\$ 328.- c/u			

Nota: el análisis NO SE REALIZARÁ sin pago previo, que se efectuará en Av. Garzón 456 (Tesorería) Montevideo o por depósito en la cuenta BROU Nº 152/25186, poniendo como referencia el número de solicitud asignado. Se enviará copia del comprobante de depósito o transferencia por fax al Nº 2309 8410 Int. 274 o por e-mail a dsalab@mgap.gub.uy. Por consultas al tel 2309 8410 int. 270 ó 276