San Lorenzo, …… de …………….. 20…

**Señor/a**

**Director/a de Laboratorios**

**Presente**

**Ref.: Dpto. de Laboratorio de Semillas y Calidad Vegetal – DLSyCV**

Me dirijo a usted y por su intermedio a quienes corresponda, a fin de solicitar el servicio de muestreo de lotes de semillas, para su control de calidad correspondiente, al respecto se detalla la siguiente información:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Solicitante: |  | | | |
| Dirección del Depósito: (indicar Localidad y Departamento) |  | | | |
| N° de Teléfono para contacto: |  | | | |
| Especie a muestrear: |  | | | |
| Variedad: |  | | | |
| Categoría: |  | | | |
| Peso por envase: |  | | | |
| Cantidad y tipo de envase: |  | | | |
| Cantidad de lotes: |  | | | |
| Denominación de lotes: |  | | | |
| Tratamiento de semillas: | SI: |  | NO: |  |
| La disposición del lote permite el libre acceso del muestreador | SI: |  | NO: |  |
| Todas las caras del lote se encuentran accesibles | SI: |  | NO: |  |
| La base del lote se encuentra en contacto directo con el suelo | SI: |  | NO: |  |

--------------------------------------------

**Firma y aclaración del solicitante**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Datos a ser llenados por el DLSyCV* |  |  |
| **Fecha de recepción** | **Aprobación del JDLSyCV** | **Fecha probable de muestreo** |
|  |  |  |