  

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULARIO INSCRIPCION**  **PROGRAMA ENSAYOS DE APTITUD**  **CONCENTRADO DE COBRE**  **2019** | |
| **DATOS DEL LABORATORIO PARTICIPANTE** | |
| **Nombre de Empresa:**  **Laboratorio:** |  |
| **Dirección :**  **Código Postal:** |  |
| **Ciudad** |  |
| **País** |  |
| **R.U.T** |  |
| **Posee acreditación ISO 17025** | **---- Si ---- NO** |
| **Si la respuesta es sí, indique en que ensayos.** |  |
|  |  |
| **Nombre del Contacto (2 personas)**  **N°1 Titular.**  **N°2 Subrogante.** |  |
|  |
| **Teléfono / Celular** |  |
| **R.U.T o**  **DNI (Extranjeros)** |  |
| **Correo Electrónico**  **N°1 Titular.**  **N°2 Subrogante.** |  |
|  |
| **REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN** | |
| |  |  | | --- | --- | | **Requisitos** | **Observación** | | 1. Laboratorios de ensayos nacional o extranjero, acreditado, no acreditado o en proceso de acreditación según ISO 17025. 2. Entregar los resultados e información en los formatos definidos. | Una vez confirmada su inscripción, a partir del **05/11/2019** serán enviadas las muestras correspondientes. | | |
| **La participación no tiene costos para los Laboratorio inscritos**  **FECHA LIMITE INCRIPCION: 04/11/2019**      **NOMBRE y FIRMA : FECHA** : **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Responsable Laboratorio año / mes / día | |