  

|  |
| --- |
| **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 |