



质粒提取服务委托书

Order number:

Tel: 010- 56209502/3/4/5-8007

E-mail: biomedsupport@126.com

尊敬的客户：您好！为了顺利地完成实验，请您认真阅读“质粒提取”技术服务说明及注意事项并认同后，填写以下内容：

1. 委托日 (*) _____ 年 _____ 月 _____ 日 价格（合成和测序另算）： _____

2. 委托人情况

姓名： _____ (*) 单位名称： _____ (*)

固定电话： _____ 移动电话： _____ (*)

E-mail： _____ (*) 业务员： _____ (*)

3. 服务项目 (*)
- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 普通质粒提取 | <input type="checkbox"/> 质粒先转化再提取 |
| (可多选) <input type="checkbox"/> 超纯质粒提取 无 | <input type="checkbox"/> 质粒大量提取 |
| <input type="checkbox"/> 内毒素质粒提取 | <input type="checkbox"/> 质粒少量提取 |

4. 实验背景资料 (*)

样品名称：_ 载体

质粒大小：_

骨架名称：_

质粒拷贝数： 低 一般 高

样品形式： 新鲜菌液 甘油保存菌 质粒

质粒抗性： Amp Kan Cm Tet 其他： _____ (注明使用方法)

是否需要测序： 测单向 测双向 测通 不测序 测序引物： _____

请您确认所寄样品无致病性。(请签名： _____)

【注意事项】

1. 我们不接受含有病原体的样品。请您确认样品无致病性后在上一栏中签名。
2. 请尽量提供详细的背景信息。
3. 装有样品的 Tube 管请用石蜡膜封好，以免邮寄过程中样品漏出。
4. 由于实验受多种因素影响，本公司仅对本实验的数据及结果负责，请提供样品时进行备份保留。

客户具体要求

附加信息

(*) 必填项，请老师给予方便和支持，感谢您的理解！

委托人签字：

技术部
经理签字：