



## **TEST CENTER QUESTIONNAIRE**

**FAVOR DE COMPLETAR Y ENVIAR AL:** SOLUTION@MPECHICAGO.COM O MPE TEST CENTER 773.254.3935

**POR FAVOR ENVÍE LAS MUESTRAS A:** 3125 SOUTH KOLIN AVENUE, CHICAGO, ILLINOIS 60623 U.S.A. • PARA LAS MUESTRAS INTERNACIONALES, DHL DIRECTO A NUESTRA FACILIDAD ES EL MÉTODO PREFERIDO • **MSDS ES NECESARIO PARA TODAS LAS MUESTRAS**

**NOMBRE DE EMPRESA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_ **PAÍS:** \_\_\_\_\_

**PERSONA DE CONTACTO:** \_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE TELÉFONO: ( )** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE FAX: ( )** \_\_\_\_\_

**UBICACIÓN DE APLICACIÓN:** \_\_\_\_\_

**PRODUCTO:** \_\_\_\_\_

**TAMAÑO DE PRODUCTO:** \_\_\_\_\_

**OBJETIVO DE LA TAMAÑO:** (DISTRIBUCIÓN DE PARTÍCULAS O MUESTRA COMPLETA SI ESTÁ DISPONIBLE) \_\_\_\_\_

**OBJETIVO DE LA TASA:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE ENVÍO ANTICIPADO DEL PRODUCTO:** \_\_\_\_\_

**PRUEBA DE LA FECHA DESEADA:** \_\_\_\_\_

**NOTAS:** \_\_\_\_\_

TO BE COMPLETED BY MPE

**SAMPLE RECEIPT DATE:** \_\_\_\_\_ **TEST DATE (COMPLETED):** \_\_\_\_\_

**SAMPLE: RETURNED** \_\_\_\_\_ **DISCARDED** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

**RAW MATERIAL: RETURNED** \_\_\_\_\_ **DISCARDED** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

**COMMENTS:** \_\_\_\_\_