**FORMULARIO INSCRIPCIÓN**

**PROGRAMA DE BENEFICIOS DE ABCAM - BIOSONDA**

|  |  |
| --- | --- |
| Yo, investigador principal, Dr.(a) |  |
| a cargo del laboratorio (o unidad) |  |
| a cargo del Proyecto N° |  |
| me registro en el Programa de Beneficios “New Lab” para recibir descuentos exclusivos a través del representante de Abcam en Chile: Biosonda S.A.. | |

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Universidad: |  |
| Unidad de investigación: |  |
| Correo electrónico: |  |
| Teléfono: |  |
| País: |  |
| Lab Manager o personal autorizado para realizar pedidos: | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Describa su proyecto: |  |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

,

,

|  |
| --- |
| Cuéntanos los objetivos del proyecto o necesidades de los productos: |
|  |
|  |
|  |
|  |

**DETALLES DE PRODUCTO:**

|  |  |
| --- | --- |
| Host species: |  |
| Reactividad: |  |
| Aplicación: |  |
| Target protein (UniProt ID): |  |
| Información adicional: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cuántos anticuerpos primarios espera necesitar en los próximos 9 meses? | |
|  | |
| ¿Cuántos kits ELISA espera necesitar en los próximos 9 meses? | |
|  |  |
| ¿Cuántas proteínas espera necesitar en los próximos 9 meses? | |
|  | |
| ¿Se necesita algún producto adicional? | |
|  | |
|  |  |
|  |  |
| Por la presente, acepto leer y aceptar los términos y condiciones de este programa. | |

|  |
| --- |
|  |
| **Firma** |

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha: |  |