**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:  |   |