

Laboratório de Ressonância Magnética Nuclear da UNIFAL-MG
Solicitação de realização de experimento de RMN

Dados do solicitante/responsável

Nome Solicitante:	Nome Pesquisador Responsável:
E-mail solicitante:	e-mail responsável:
Vínculo com o Laboratório de RMN (assinale a categoria e especifique) Pesquisador da UNIFAL-MG () Unidade Acadêmica: Pesquisador de Outras Instituições () Especifique: Outros () Especifique:	

Projeto de Pesquisa associado aos Experimentos:

Laboratório:

Grupo de pesquisa:

Informações sobre a amostra

Código da amostra _____ massa(mg) Solvente: _____

Substância pura () extrato()

Fórmula estrutural:

Experimentos: Unidimensionais ^1H () ^{13}C () Dept 135 () outros _____

Bidimensionais _____

Data da Solicitação:/...../.....

Declaro que as amostras são para fins Exclusivos de Pesquisa Científica e Tecnológica. Assumo o compromisso de citar e agradecer ao Laboratório de Ressonância Magnética Nuclear e a FINEP em qualquer trabalho que divulgar resultados obtidos no equipamento Ressonância Magnética Nuclear. Assumo o compromisso de informar ao Laboratório de RMN, quando solicitado, informações de produção científica e formação de recursos humanos que foram alcançados pelos resultados oriundos do equipamento.

Nome:
Pesquisador Responsável

RECIBO

Eu, Gabriel de Oliveira Isac Moraes recebi de _____ a(s) amostra(s) _____
dia _____

Eu, _____ declaro que retirei a(s) amostra(s)
_____ no laboratório de
RMN dia _____.