



REGISTRO DE MUESTRAS

Fecha de muestreo: _____ No. Muestra: _____

Nombre del propietario o interesado:

Domicilio: _____

Correo: _____ Tel: _____

Nombre del predio: _____ Localidad: _____

Municipio: _____ Estado: _____

Profundidad: _____ Superficie: _____

Coordenadas

Latitud Norte: _____ Longitud Oeste: _____

Cultivo Anterior: _____ Variedad: _____

Cultivo a establecer/do: _____ Variedad: _____

Motivo de la muestra:

- Cumplimiento de la NOM:
- Requisitos para comercializar:
- Movilización:

- Campaña fitosanitaria:
- Manejo integrado de plagas:
- Otros (especifique):

Técnico: _____

