



DEMANDE -DEVIS / QUOTE REQUEST

Formulaire à retourner dument complété à / Sheet to be filled and returned to :

Email : adv@biofidal.com

Fax : 33 (0) 4 37 45 02 97

Post : BIOFIDAL – 170, Avenue Gabriel Péri 69120 VAULX EN VELIN – France

DETAILS CONTACT / CONTACT DETAILS

Etablissement / Compagny :

Laboratoire/ Lab :

Nom du contact /Name of contact :

Téléphone / Phone

Fax :

Email :

VOTRE DEMANDE/ YOUR INTERESTS

Type de prestation / Services request

Custom Plasmid DNA purification

Date

Echantillons / Samples :

Plasmid DNA glycerol stock Bactéries/recombinant Bacteria

Infos Techniques / Technical informations :

Plasmid « high copy » Plasmid « low copy » Taille / Size :

ampicillin resistant tetracyclin resistant kanamycin resistant autre/other

Nombre de plasmides / Number of clones :

Type de préparation souhaitée /Quality of DNA purification requested :

Laboratory grade Endofree transfection grade Pharma grade

Quantité souhaitée / Quantity requested

Maxiprep (1 mg) Megaprep (2-5 mg) Gigaprep (10 mg) Autre/Other :

Délai souhaité / delivery time requested :

Services Supplémentaires/ Optional services (precise) :