



INFORME DE RESULTADOS Y/O FACTURA DEBERÁN SER ENVIADOS A:	
Empresa:	CIF:
Persona de contacto:	
Dirección:	Código Postal:
Ciudad:	País:
e-mail:	Fecha:
Teléfono:	Móvil:

SI SE REQUIERE DE UN DUPLICADO DEL INFORME PARA UNA TERCERA PERSONA O ESPECIFICACIONES ESPECIALES, POR FAVOR COMPLETE (SERVICIO CON CARGO) :	
INFORME DUPLICADO	
Empresa:	CIF:
Persona de contacto:	
Dirección:	Código Postal:
Ciudad:	País:
e-mail:	Fecha:
Teléfono:	Móvil:
Especificaciones especiales informe (lengua, número de informes, etc...):	

PARA MUESTRAS QUE PRESENTEN SINTOMATOLOGÍA, DESCRIBA LA NATURALEZA Y GRADO DEL PROBLEMA:				
Describa la naturaleza y grado del problema:				
Síntomas de la enfermedad	Partes afectadas	Distribución en campo	Plantación	Información adicional
Marchitez <input type="checkbox"/>	Tallos <input type="checkbox"/>	Campo entero <input type="checkbox"/>	Jardín <input type="checkbox"/>	
Amarillamiento <input type="checkbox"/>	Hojas <input type="checkbox"/>	Borde campo <input type="checkbox"/>	Vivero <input type="checkbox"/>	
Agalla <input type="checkbox"/>	Ramas <input type="checkbox"/>	Aleatoria <input type="checkbox"/>	Campo <input type="checkbox"/>	
Seca <input type="checkbox"/>	Flores <input type="checkbox"/>	Parte alta <input type="checkbox"/>	Bosque <input type="checkbox"/>	
Podredumbre <input type="checkbox"/>	Fruto/semillas <input type="checkbox"/>	Parte baja <input type="checkbox"/>	Invernadero <input type="checkbox"/>	
Quemaduras marginales <input type="checkbox"/>	Raíz/bulbo <input type="checkbox"/>	Soleado <input type="checkbox"/>	Interior <input type="checkbox"/>	
Falta de vigor <input type="checkbox"/>	Cuello <input type="checkbox"/>	Umbría <input type="checkbox"/>		
Manchas en hojas <input type="checkbox"/>		Área húmeda <input type="checkbox"/>		
Estrías <input type="checkbox"/>		Área seca <input type="checkbox"/>		
Mosaicos <input type="checkbox"/>		Expuesto al viento <input type="checkbox"/>	Drenaje	
Deformaciones <input type="checkbox"/>			Bueno <input type="checkbox"/>	
Otros:	Distribución en la planta		Regular <input type="checkbox"/>	
	Parte superior <input type="checkbox"/>		Malo <input type="checkbox"/>	
	Parte inferior <input type="checkbox"/>			
	Lateral <input type="checkbox"/>			
	Disperso <input type="checkbox"/>			

