



REGISTRO DE MUESTRAS

Fecha de muestreo: _____ No. Muestra: _____

Nombre del propietario o interesado:

Domicilio: _____

Correo: _____ Tel: _____

Nombre del predio: _____ Localidad: _____

Municipio: _____ Estado: _____

Coordenadas

Lat. Norte: _____ Long. Oeste: _____

Muestra: Canal: __ Presa: __ Arroyo: __ Lago: __ Pozo: __ Cisterna: __

Profundidad: _____ Diámetro: _____ Superficie: _____

Cultivo anterior: _____ Variedad: _____

Cultivo a establecer/do: _____ Variedad: _____

Técnico: _____



laap.cesavep@gmail.com

Av. Prolongación Miguel Hidalgo 2107
San Pedro Cholula, Puebla, México.

01 (222)2-61-23-46 Ext. 113
 www.cesavep.org.mx

@cesavep