



**MICROBIOLÓGICO
EN PLANTA**

REGISTRO DE MUESTRAS

Fecha de muestreo: _____ No. Muestra: _____

Nombre del propietario o interesado:

Domicilio: _____

Correo: _____ Tel: _____

Nombre del predio: _____ Localidad: _____

Municipio: _____ Estado: _____

Cultivo: _____ Variedad: _____

Coordenadas

Latitud Norte: _____ Longitud Oeste: _____

Parte vegetal. Tallo Hoja DDS/EF: _____

Aplicación foliar (Reciente 7 días): Si No

Origen de muestra: Campo Invernadero Bodega

Otro: _____

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