**细胞功能检测项目信息咨询单**

尊敬的客户：

您好！为了顺利的对您的项目进行评估，请您详细填写以下内容，并将填写完整的表格发送给对应销售经理，并抄送到邮箱：support@genecreate.com。

1. **委托人信息：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \***客户姓名** |  | \***客户单位** |  |
| **固定电话** |  | \***移动电话** |  |
| \*E-mail |  | \***销售员** |  |

1. **项目基本信息：**

|  |  |
| --- | --- |
| 实验类别 | 肿瘤细胞功能检测实验 |
| \*物种信息 | （拉丁名）  |
| \*样品信息 | 肿瘤细胞名称： 细胞处理分组：  |
| \*细胞培养条件 | 培养基： （特殊培养基需提供）培养方法： （特殊培养方法请说明） |
| \*功能检测类型（按对应的进行勾选或添加） | 细胞增殖类检测：MTT CCK8 EDU检测 Colony Forming克隆形成细胞周期检测：PI染色流式检测细胞凋亡检测：AnnexinV-FITC/PI流式检测凋亡细胞衰老检测：SA-β-gal衰老染色细胞迁移/侵袭检测：划痕愈合 Transwell Transwell（Matrigel）活性氧检测：流式检测ROS 荧光显微镜检测ROS其他检测：  |
| \*实验分组及处理 | 请详细描述样本需要处理分组信息： |
| 已知实验数据及结果（前期实验数据） |  |
| \*请您确认所寄样品无致病性，请签名  |

1. **服务内容信息：**

|  |  |
| --- | --- |
| **细胞功能检测实验** | **服务内容** 功能检测实验**交付形式(电子版结题报告)**对应功能实验拍照图片及报告 其他要求：  |

**注意事项：**

1. 我们不接受含有病原体的样品，请您确认样品无致病性后在上栏中签名。
2. 依据您所提供的信息，我们会及时的给出合理的推荐及报价。
3. 想了解更加详细的信息，请联系我们，电话：027-62431110。

**附件：**

**样品寄送要求：**

①细胞：活细胞效果最好，即由公司培养及处理，

冻存细胞2支，干冰寄送并注明培养条件，特殊培养基需提供；

 如有特殊处理细胞的药物及检测所用的一抗抗体等，需要客户提供