

LABORATOIRE RÉGION DE RMN À HAUT CHAMP

Université de Montréal, Département de chimie
C.P. 6128, Succursale Centre-ville
Montréal, Québec, H3C 3J7

Courriel: cedric.malveau@umontreal.ca

Téléphone: 514-343-5857

DEMANDE DE SERVICE DE RMN

Nom: _____

Téléphone: _____

Adresse: _____

Télécopieur: _____

No. de commande: _____

Date: _____

Autorisation: _____

Appareil: _____

IL EST IMPORTANT D'INCLURE LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS:

1. Un spectre RMN à bas champ, sur lequel sont indiqués les régions d'intérêt particulier.
2. Une courte description du problème chimique qui vous intéresse.
3. Une indication, aussi précise que possible, du type d'expérience de RMN et des conditions expérimentales requises (mode de découplage, NOE, COSY, HMQC, etc...)
4. Si vous préparez vous-même vos échantillons, utilisez des tubes de RMN de la plus haute qualité et un solvant deutéré sans TMS.
5. Si nous préparons vos échantillons, indiquez toutes instructions spéciales concernant le produit: toxicité, directives d'entreposage, quantité envoyée, solvant suggéré.

STRUCTURE ET INSTRUCTIONS SPÉCIALES:

DATE DE L'ANALYSE: _____

TEMPS D'UTILISATION: _____