

درخواست انجام خدمات آزمایشگاهی

شماره ID درخواست:

تاریخ:

آزمایشگاه جامع تحقیقات

الف) مشخصات سفارش دهنده

نام و نام خانوادگی:

کد ملی / کد اقتصادی:

دانشکده / شرکت:

تلفن ثابت:

تلفن همراه:

رایانامه:

عنوان طرح:	عنوان طرح:	عنوان طرح:
<p>کد طرح:</p> <p>نوع طرح:</p> <p>وضعیت دانشجو:</p>	<p>تاریخ تصویب:</p> <p>پروژه کارشناسی <input type="checkbox"/></p> <p>پایان نامه کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/></p> <p>غیرایرانی بورسیه ایران <input type="checkbox"/></p> <p>غیرایرانی بورسیه سایر کشورها <input type="checkbox"/></p> <p>پر دیس بین الملل <input type="checkbox"/></p> <p>ایرانی بورسیه ایران <input type="checkbox"/></p>	<p>شماره دانشجویی:</p> <p>رساله دکتری <input type="checkbox"/></p> <p>غیرایرانی دوره پژوهشی کوتاه مدت <input type="checkbox"/></p> <p>ایرانی دوره پژوهشی کوتاه <input type="checkbox"/></p>
<p>عنوان طرح:</p> <p>کد طرح:</p>	<p>تاریخ تصویب:</p>	<p>عنوان پژوهش:</p>
<p>عنوان پژوهش:</p>		

ب) مشخصات نمونه

وضعیت کلی نمونه (تعداد، جنس نمونه (ها)، ...)

نوع ماده

فلز سرامیک بیولوژیک معدنی پلیمر نیمه هادی کامپوزیت مخلوط

شرایط نگهداری

حساس به نور حساس به رطوبت نامشخص حساس به دما

خواص الکتریکی

هادی عایق نامشخص نیمه هادی

خواص مغناطیسی

مغناطیس غیر مغناطیس نامشخص

ایمنی

فرار قابل اشتعال رادیواکتیو محرک دستگاه تنفسی قابل جذب از طریق پوست

پ) خدمت دستگاهی

میکروسکوپ نیروی اتمی (AFM) کروماتوگرافی گازی - طیف سنجی جرمی (GC-MS) تست PCR
 میکروسکوپ فلورسنت کروماتوگرافی گازی - یونیزاسیون شعله ای (GC-FID) تست Real Time PCR
 میکروسکوپ اینورت آنالیز CHN الکتروفورز
 اندازه گیری غلظت DNA (Qubit) آنالیز CHNS روش اسپکتروفتومتری
 کروماتوگرافی مایع با کارایی بالا (HPLC) فلوسیتومتری روش الایزاید
 SDS Page MPLC Sequencing

ث) لطفا توصیه‌ها و انتظارات خود را در مورد نمونه و نحوه آماده‌سازی آن بیان نمایید.

ج) در صورتی که نگهداری و آزمایش نمونه برای دستگاه یا کاربر زیان احتمالی دارد ذکر نمایید.

در صورت بروز هرگونه مشکل ناشی از عدم صحت موارد فوق، خسارت ایجاد شده به عهده مشتری است. اینجانب موارد فوق را مطالعه و صحت اطلاعات مندرج در فرم را تایید می‌نمایم. بدیهی است بروز هرگونه مشکل ناشی از نقص اطلاعات، عدم بیان موارد ضروری و یا عدم صحت موارد فوق برعهده اینجانب خواهد بود.

سفارش دهنده: -----

امضا و تاریخ

این قسمت توسط کارشناس آزمایشگاه تکمیل گردد.

هزینه اولیه انجام خدمت درخواستی ----- ریال می باشد که در تاریخ / / تامین و یا طی فیش شماره ----- مورخ / / دریافت گردید.

چ) شرح خدمات ارائه شده

با توجه به مشخصات نمونه و نوع آزمون، انجام آزمایش امکان پذیر می باشد نمی باشد.
دلایل عدم امکان انجام آزمایش:

نوع خدمت	کارشناس ارائه دهنده خدمت	مدت زمان انجام کار	نوع مواد مصرفی	مقدار مواد مصرفی	هزینه (ریال)	توضیحات

هزینه کل خدمات (ریال)	میزان تخفیف (ریال)	نوع تخفیف	مالیات بر ارزش افزوده (ریال)	اعتبار از محل طرح پژوهشی درون دانشگاهی (ریال) - اعتبار از محل طرح برون دانشگاهی	مبلغ پرداختی (ریال)	مشخصات پرداخت

د) روش پرداخت:

پرداخت از طریق بانک (فیش واریز ضمیمه گردد).

از طریق پوز آزمایشگاه

از طریق سامانه مدیریت اطلاعات آزمایشگاه

تاریخ:

شماره پیگیری:

تاریخ:

شماره پیگیری:

کارشناس آزمایشگاه

امضا و تاریخ