

کد فرم: QCFR ۰۴ شماره باز نگری:	<b>فرم درخواست آزمون</b> طیف سنجی مرئی- فرابنفش (UV-VIS)	 دانشگاه صنعتی خواجه نصیرالدین طوسی
		نام و نام خانوادگی متقاضی
		نام دانشگاه/دانشکده/موسسه
		استاد راهنما/معرف
		شماره تماس (ثابت و همراه)
		آدرس دقیق پستی
		ایمیل
		تاریخ تحویل نمونه
		شماره پذیرش
		شرح درخواست :
*به منظور حذف اثر پایه (کالیبره و صفر نمودن دستگاه) برای نمونه های محلول، ارسال حلال پایه (شاهد) به حجم تقریبی ۳۰ میلی لیتر الزامی است . *در صورت نیاز به محلول سازی و آماده سازی نمونه هزینه آن به مبلغ فاکتور اضافه می گردد. *در صورت درخواست انجام چند آنالیز مجزا می بایست ضمن تکمیل فرم درخواست هر آنالیز، آن نمونه در ظروف جداگانه و به مقدار مورد نیاز برای هر آنالیز تحویل گردد. *متقاضی متعهد می گردد که نمونه رادیو اکتیو و انفجاری نمی باشد در غیر این صورت هرگونه خسارت جانی و مالی بر عهده متقاضی خواهد بود. *تمام نمونه ها می بایست دارای برچسب شامل نام متقاضی ، نام نمونه و سمیت احتمالی باشد. *آزمایشگاه به هیچ وجه متعهد به عودت باقیمانده نمونه نیست.		شرایط نمونه

ردیف	کد/نام نمونه	محدوده طیف گیری	حلال	نگهداری و ایمنی
۱				نگهداری در یخچال <input type="checkbox"/> سمی/بد بو <input type="checkbox"/> دور از نور <input type="checkbox"/>
۲				نگهداری در یخچال <input type="checkbox"/> سمی/بد بو <input type="checkbox"/> دور از نور <input type="checkbox"/>
۳				نگهداری در یخچال <input type="checkbox"/> سمی/بد بو <input type="checkbox"/> دور از نور <input type="checkbox"/>
۴				نگهداری در یخچال <input type="checkbox"/> سمی/بد بو <input type="checkbox"/> دور از نور <input type="checkbox"/>
۵				نگهداری در یخچال <input type="checkbox"/> سمی/بد بو <input type="checkbox"/> دور از نور <input type="checkbox"/>
<p>اینجانب..... به عنوان متقاضی انجام آزمون کلیه موارد ذکر شده در این برگه را صورت کامل مطالعه نموده ضمناً اظهار می نمایم که اطلاعات ایمنی نمونه خود را به طور کامل در اختیار آزمایشگاه قرار داده و متعهد میشوم در صورتی که نمونه اینجانب باعث یا مسبب بروز خسارت یا صدمه ای به دستگاه آنالیز و یا به کارشناسان آزمایشگاه شود. خسارت کامل آن را از بعد مسوولیت مدنی و مسوولیت کیفی احتمالی برابر با نظر کارشناسی آزمایشگاه پرداخت نمایم و در صورت بروز هر گونه مشکل ناشی از عدم صحت موارد اعلامی از سوی اینجانب به آزمایشگاه خسارت وارد شده برعهده اینجانب می باشد. امضای متقاضی :</p>				
<p>نوع آزمون: مخرب <input type="checkbox"/> غیرمخرب <input type="checkbox"/> وضعیت پلمپ نمونه ها: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> آسیب دیده <input type="checkbox"/> نیاز به آماده سازی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>وضعیت آزمون: قابل انجام <input type="checkbox"/> غیر قابل انجام <input type="checkbox"/> علت عدم انجام :</p> <p>تایید پذیرش : شود <input type="checkbox"/> نشود <input type="checkbox"/> علت عدم پذیرش :</p>				
<p>تاریخ انجام آنالیز: _____ / _____ / _____ توسط : ..... امضا : توضیحات اپراتور:</p>				
<p>مدارک پیوست معرفی نامه / نامه درخواست: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> مرجع صدور: ..... شماره ..... نقشه / ساختار: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> مدرک استاندارد: ..... شماره : .....</p>				
<p>جوابدهی شماره گواهینامه/ نتایج: ..... تاریخ پذیرش نمونه: ..... تاریخ اعلام نتایج: ..... نحوه ارسال نتایج: وب سایت آزمایشگاه <input type="checkbox"/> حضوری <input type="checkbox"/> نامبر <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر: .....</p>				
<p>پذیرش نحوه پذیرش نمونه: حضوری <input type="checkbox"/> ارسالی <input type="checkbox"/> نحوه پرداخت: کسر از پژوهانه <input type="checkbox"/> کارتخوان <input type="checkbox"/> آنلاین <input type="checkbox"/> فیش <input type="checkbox"/> نقدی <input type="checkbox"/></p>				

توضیحات پرداخت :				
هزینه کل (ریال): ..... تخفیف : ..... نوع تخفیف : ..... قابل پرداخت (ریال) : .....				
مطابق فیش پرداختی به شمار	مبلغ	ریال به شماره حساب	بانک	پرداخت شد.
متقاضی آزمون	واحد پذیرش نمونه	کارشناس آزمایشگاه:	رئیس آزمایشگاه مرکزی	
نام و امضا :	نام و امضا :	نام و امضا :	نام و امضا :	
<b>تایید و امضا</b>				
توجه: نمونه ها حداکثر تا یک هفته بعد از اعلام نتایج، در آزمایشگاه نگهداری می شوند. در صورت وقوع حوادث پیش بینی نشده تعمیر یا سرویس دستگاه مدت زمان جوابدهی افزوده خواهد شد.				