|  |
| --- |
| مشخصات نمونه  |
| ردیف | نام نمونه | فرمول شیمیایی | نام دیسپرسانت | دمای انجام آزمون(C°)بین 10 تا 60درجه | زمان (دقیقه) | توان تا 630 (واحد) | توضیحات |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| **شرایط نگهداری (در صورت وجود)** | حساس به نور🗆 حساس به رطوبت🗆 نگهداری در اتمسفر خاص🗆(ذکر نوع اتمسفر...........) نگهداری در دمای پایین🗆 (ذکر دمای مدنظر..........) |
| **ایمنی** | سمی 🗆 فرار🗆 قابل اشتعال🗆 محرک دستگاه تنفسی🗆 قابل جذب از طریق پوست🗆 نانو سایز 🗆 بیماری­زا 🗆 ندارد🗆 |
| در صورت داشتن Material Safety Data Sheet (MSDS) در هر یک از موارد ارسال گردد، در غیر اینصورت اقدامات ایمنی لازم در هنگام کار با ماده مورد نظر بیان گردد: |
| **\*\*توضیحات\*\*** | * درصورت عدم تکمیل پارامترهای خواسته شده در فرم توسط متقاضی، این داده ها توسط آزمایشگاه تعیین میگردد و متقاضی حق اعتراضی نخواهد داشت.
* ارسال نمونه به آزمایشگاه و انجام آزمون، منوط به پرداخت نهایی وجه آزمون می باشد**.**
* پس از انجام آزمون آزمایشگاه هیچگونه مسئولیتی در قبال نمونه ها ندارد.
* در صورتیکه تسویه حساب آنالیز انجام نشود، نگهداری نمونه های دریافتی حداکثر یک ماه می باشد و بعد از آن نمونه ها امحا خواهند شد .
* حداکثر مسئولیت مالی آزمایشگاه در قبال نگهداری از نمونه های تحویل گرفته شده به میزان هزینه آنالیز می باشد .
* دما بین 10 الی 115 درجه سلسیوس است.
* نام دستگاه **ZETASIZER ADVANCED LAB BLUE** ساخت کمپانی**Malvern** می‌باشد.
 |
| توضیحات متقاضی:نام و نام خانوادگی استاد راهنما (درصورت کسر هزینه از گرنت استاد راهنما)...............................و کدملی استاد راهنما......................... امضاء استاد راهنما امضاء مدیر آزمایشگاه مرکزی دکتر عباس جعفری زاد تاریخ و امضاء متقاضی |

**معاونت محترم پژوهشی**

با سلام

احتراماً به استحضار می‌رساند تعداد ...... .نمونه آنالیز ............................ توسط این مرکز انجام گردیده است. خواهشمند است مبلغ ..................... ریال معادل ........................ تومان از ....................................... کسر و به حساب **9501-0000-4001-0754-0301-8321**  **IR**و به شناسه واریز **3660-7545-4122-7000-0401-0711-1100-09** منظور گردد و ............................................................................ از گرنت شبکه آزمایشگاهی فناوری‌های راهبردی کسر گردد.

**مدیر آزمایشگاه مرکزی**

**احتراماً هزینه آنالیز به مبلغ ........................................... ریال از محل ................................................................. قابل پرداخت است.**

 **کارشناس مالی اداره پژوهش**

**گزارش مالی:**

هزینه کسرشده از شبکه آزمایشگاهی فناوری‌های راهبردی (**LABSNET):......................................... (ریال)** هزینه کسرشده ازپژوهش:**......................................................... (ریال)**

هزینه کل:**................................................................................**