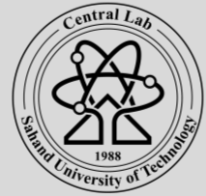




فرم درخواست آزمون FT-IR



نام و نام خانوادگی:

تلفن همراه:

پست الکترونیکی:

کد ملی*:

مشخصات نمونه

*ضروری

ردیف	نام نمونه*	فرمول شیمیایی*	نمونه رطوبت دارد یا خیر؟*	حاوی ترکیبات سمی و زیان آور می باشد؟*	توضیحات بیشتر
۱					
۲					
۳					

FT-IR ATR

پارامتر اندازه گیری مورد نظر*

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.....)

سمی فرار قابل اشتعال محرک دستگاه تنفسی قابل جذب از طریق پوست نانو سایز بیماری زا ندارد

ایمنی*

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:

- بازه کاری دستگاه FTIR و ATR از ۴۰۰ تا 8000 cm^{-1} می باشد.
- 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.
- در صورت بروز هرگونه مشکل ناشی از عدم صحت موارد فوق خسارت ایجاد شده بر عهده متقاضی می باشد.
- در صورت بروز حوادث پیش بینی نشده یا سرویس و تعمیر دستگاه به زمان جوابدهی افزوده می شود.
- در صورت 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 .
- نام دستگاه FT-IR Invenio-S ساخت کمپانی Bruker می باشد.
- جهت اطلاعات بیشتر و ریز جزئیات آزمون به سایت و کانال تلگرامی آزمایشگاه مرکزی مراجعه فرمایید (sutcl.com).

توضیحات

توضیحات متقاضی:

نام و نام خانوادگی استاد راهنما (در صورت کسر هزینه از گرنت استاد راهنما)..... و کد ملی استاد راهنما.....
امضاء استاد راهنما
امضاء مدیر آزمایشگاه مرکزی دکتر عباس جعفری زاد
تاریخ و امضاء متقاضی

گزارش مالی:

هزینه کسر شده از شبکه آزمایشگاهی فناوری های راهبردی (LABSNET)..... (ریال) هزینه کسر شده از پژوهش..... (ریال)
هزینه کل:.....

معاونت محترم پژوهشی

با سلام

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

مدیر آزمایشگاه مرکزی

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

کارشناس مالی اداره پژوهش