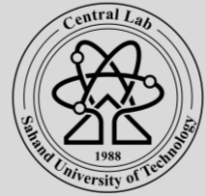




فرم درخواست آزمون Ultrasonic



نام و نام خانوادگی:

تلفن همراه:

پست الکترونیکی:

کد ملی*:

مشخصات نمونه

ردیف	نام نمونه	فرمول شیمیایی	نام دیسپرسانت	مدت زمان انجام آزمون (هر ران ۱۵ دقیقه)	درصد توان اعمالی از ۹۰ وات (نهایت ۷۰٪)	بیشینه دمای مجاز با رسیدن به این دما فرایند متوقف می شود)	توضیحات
۱							
۲							
۳							

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 بیماری زا 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**

- لطفا تمامی فرم به دقت مطالعه شود و زیر تمامی امضا ها اسم شخص امضا کننده ذکر گردد.
- 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.
- فرایند خنک کاری و آوردن یخ به عهده مشتری است و فقط آزمایشگاه در صورت تجاوز دما از بیشینه مقدار مجاز فرایند را متوقف خواهد کرد.
- توان دستگاه 90 W است و حداکثر درصد توان مجاز اعمالی از سوی آزمایشگاه ۷۰٪ است.
- ظرفیت دستگاه از ۱۰۰ میکرولیتر تا ۶۰۰ میلی لیتر است.
- نام دستگاه JY92-IIDN Touch می باشد.
- جهت اطلاعات بیشتر به سایت www.sutcl.com مراجعه فرمایید.

توضیحات متقاضی:

نام و نام خانوادگی استاد راهنما (در صورت کسر هزینه از گرنت استاد راهنما)..... و کد ملی استاد راهنما.....

تاریخ و امضاء متقاضی

امضاء مدیر آزمایشگاه مرکزی دکتر عباس جعفری زاد

امضاء استاد راهنما

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 IR 9501-0000-4001-0754-0301-8321 و به شناسه واریز 3660-7545-4122-7000-0401-0711-1100-09 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