



فرم درخواست آزمون PL

مرکز علوم و فناوری نانو پژوهشگاه همگرا



نام و مدل دستگاه: VARIAN - Cary Eclipse Fluorescence Spectrophotometer	
مشخصات شخص حقیقی (در صورت تکمیل نبودن مشخصات متقاضی، پذیرش نمونه انجام نمی گیرد)	
نام و نام خانوادگی:	نام شرکت/سازمان/دانشگاه: کد ملی:
شماره همراه:	پست الکترونیکی (Email):
آدرس دقیق پستی:	نام استاد: شماره تماس استاد:

مشخصات شخص حقوقی (در صورت تکمیل نبودن مشخصات متقاضی، پذیرش نمونه انجام نمی گیرد)		
نام شرکت/سازمان:	شناسه ملی شرکت/سازمان:	کد اقتصادی:
نام و نام خانوادگی نماینده شرکت/سازمان:	کد ملی نماینده شرکت/سازمان:	شماره تماس:
آدرس دقیق پستی:	پست الکترونیکی (Email):	

مشخصات نمونه: (در صورتی که طول موج تهییج اعلام نشده باشد، پذیرش نمونه انجام نکرده)						
ردیف	نمونه	تعداد	طول موج تهییج (nm)	حلال (برای نمونه های مایع)	ترکیبات شیمیایی	شرایط ایمنی و نگهداری
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						

<ul style="list-style-type: none"> • برای هر نمونه، طیف گیری حداکثر در دو طول موج تهییج انجام می گردد. در صورت اعلام نیاز متقاضی به تعداد طول موج های تهییج بیشتر، هزینه اضافی دریافت می شود. • حداقل مقدار نمونه ی محلول ۳ میلی لیتر باشد. • حداقل مقدار نمونه ی پودری به اندازه ای باشد که ته یک ویال را پوشاند (به عبارت دیگر به اندازه ی یک دانه ی کوچک عدس باشد). • تمام نمونه ها می بایست دارای برچسب شامل نام متقاضی، نام نمونه و خطرات احتمالی باشد. • هرگونه شکایت نسبت به نتایج آزمون حداکثر تا دو هفته پس از تاریخ اعلام نتایج قابل پیگیری می باشد. • در صورت وجود مرجعی شامل طیف نمونه (مقاله، کتاب، عکس و ...) آن مرجع به آدرس sharifnanolab@gmail.com ایمیل گردد. 	<p>شرایط کلی نمونه و آزمون</p>
<p>در این بخش انتظار خود از انجام آزمون و هر اطلاعاتی را که به اپراتور دستگاه کمک می کند وارد نمایید.</p>	<p>توضیحات</p>

نام و امضای متقاضی خدمات	<p>اینجانب همه ی مطالب مندرج در این فرم را با دقت خوانده و شرایط بیان شده از سوی آزمایشگاه را قبول دارم. همچنین مسئولیت کلیه ی عواقب، ضررهای احتمالی و خطرات ناشی از ارائه ی اطلاعات نادرست را بر عهده می گیرم.</p> <p>نمونه پس از انجام آزمون عودت شود <input type="checkbox"/></p> <p>در صورتی که گزینه ی بالا انتخاب نشود، نمونه بعد از مدت ۱۴ روز پس از انجام آزمایش امحا خواهد شد.</p>	متقاضی خدمات
نام و امضای کارشناس آزمایشگاه	<p>تاریخ ارسال گزارش:</p> <p>دلیل عدم انجام آزمون (در صورت بروز مشکل در فرآیند آزمون):</p>	کارشناس آزمایشگاه