



فرم درخواست آزمون UV/Vis/NIR

مرکز علوم و فناوری نانو پژوهشکده همگرا



| | |
|--|--------------------------|
| نام و مدل دستگاه: PERKINELMER – Lambda 950 UV/Vis/NIR Spectrophotometer | |
| مشخصات شخص حقیقی (در صورت تکمیل نبودن مشخصات متقاضی، پذیرش نمونه انجام نمی گیرد) | |
| نام و نام خانوادگی: | نام شرکت/سازمان/دانشگاه: |
| 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: |
| نام و نام خانوادگی نماینده شرکت/سازمان: | کد ملی نماینده شرکت/سازمان: |
| آدرس دقیق پستی: | پست الکترونیکی (Email): |
| | شماره تماس: |
| | کد اقتصادی: |

| مشخصات نمونه: (لطفاً تمام ویژگی‌های نمونه را به دقت وارد نمایید) | | | | | | |
|--|-------|-------|----------------------|----------------------------|-----------------|-------------------------|
| ردیف | نمونه | مقدار | محدوده طیف‌گیری (nm) | حلال (برای نمونه‌های مایع) | ترکیبات شیمیایی | شرایط ایمنی و نگهداری |
| ۱ | | | | | | |
| ۲ | | | | | | |
| ۳ | | | | | | |
| ۴ | | | | | | |
| ۵ | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> در صورتی که محدوده‌ی طیف‌گیری در جدول فوق ثبت نشده باشد، طیف‌گیری در بازه‌ی ۲۰۰ تا ۸۰۰ نانومتر انجام می‌گردد. حداقل مقدار نمونه‌ی محلول ۳ میلی‌لیتر باشد. حداقل ابعاد نمونه‌ی فیلم یا لایه‌ی نازک ۲*۲ سانتی‌متر مربع باشد. به ازای هر نمونه‌ی محلول حداقل ۱۰ میلی‌لیتر از حلال و برای نمونه‌های لایه‌ی نازک یا فیلم، زیر لایه به همراه نمونه ارسال گردد. نمونه‌های حجیم و نمونه‌های پودری پذیرش نمی‌شود. تمام نمونه‌ها می‌بایست 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 می‌باشد. در صورت وجود مرجعی شامل طیف نمونه (مقاله، کتاب، عکس و ...) آن مرجع به آدرس sharifnanolab@gmail.com ایمیل گردد. | | | | | | شرایط کلی نمونه و آزمون |
| در این بخش انتظار خود از انجام آزمون و هر اطلاعاتی را که به اپراتور دستگاه کمک می‌کند وارد نمایید. | | | | | | توضیحات |

| | | |
|-------------------------------|--|-------------------|
| نام و امضای متقاضی خدمات | اینجانب همه‌ی مطالب مندرج در این فرم را با دقت خوانده و شرایط بیان‌شده از سوی آزمایشگاه را قبول دارم. همچنین مسئولیت کلیه‌ی عواقب، ضررهای احتمالی و خطرات ناشی از ارائه‌ی اطلاعات نادرست را بر عهده می‌گیرم. نمونه پس از انجام آزمون عودت شود <input type="checkbox"/> در صورتی‌که گزینه‌ی بالا انتخاب نشود، نمونه بعد از مدت ۱۴ روز پس از انجام آزمایش امحا خواهد شد. | متقاضی خدمات |
| نام و امضای کارشناس آزمایشگاه | تاریخ ارسال گزارش: دلیل عدم انجام آزمون (در صورت بروز مشکل در فرآیند آزمون): | کارشناس آزمایشگاه |