|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| مشخصات نمونه ارسالی | | | | | | | | | | | | | | |
| ردیف | نام نمونه | فرمول شیمیایی | | | | دمای Degassing | | زمان Degassing | دمای تخریب | | معدنی/آلی/آلی فلزی/پلیمر | ترکیبات سمی و زیان آور برای سلامتی وجود دارد؟ | | عدد سطح ویژه احتمالی |
| 1 |  |  | | | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 2 |  |  | | | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 3 |  |  | | | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 4 |  |  | | | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 5 |  |  | | | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 6 |  |  | | | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 7 |  |  | | | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 8 |  |  | | | |  | |  |  | |  |  | |  |
| * در صورت عدم امکان انجام آزمون در این آزمایشگاه، نمونه به پیمانکار فرعی □ ارجاع گردد □ ارجاع نگردد | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 | | | * خدمات آنالیز برای نمونه­های دریافت شده انجام می گیرد. * در صورت عدم درج دما و زمان برای degassing دمای120درجه سانتی گراد بمدت 2 ساعت بصورت پیش فرض انتخاب می گردد. * متقاضی متعهد می گردد که نمونه رادیو اکتیو و انفجاری نمی باشد درغیر این صورت هرگونه خسارت جانی و مالی بر عهده متقاضی خواهد بود. * نمونه­برداری توسط متقاضی انجام پذیرفته است. * در صورت بروز هرگونه مشکل ناشی از عدم صحت موارد فوق خسارت ایجاد شده بر عهده مشتری می­باشد. * **در صورت بروز حوادث پیش بینی نشده یا سرویس و تعمیر دستگاه به زمان جوابدهی افزوده می­شود.** * نمونه­ها تا یک ماه پس از انجام آزمون نگهداری می­گردند. **هزینه پست یا پیک جهت برگشت به عهده مشتری می باشد.** | | | | | | | | | | | |
| توضیحات متقاضی:  تاریخ و امضاءمتقاضی | | | | | | | | | | | | | | |
| این فسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می­گردد | مبلغ پرداختی: | | | | **گرنت شبکه آزمایشگاهی** | درصد |  | | **گرنت بیم گستر تابان** | درصد |  | | توضیحات: | |
| مبلغ |  | | مبلغ |  | |
| امکان­سنجی انجام آزمون (نظر کارشناس دستگاه): | | | | | | | | | | | | | |
| نظر مدیر فنی: | | | | | | | | | | | | | |
| توضیحات مدیر ارشد:  تاریخ و امضای مدیر ارشد | | | | | | | | | | | | | |
| تاریخ و امضاء جوابدهی | | | نحوه جوابدهی | | | | | | توضیحات | | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | | |