|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| مشخصات نمونه ارسالی | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ردیف | نام نمونه | | دمای آنالیز | | | | زاویه شروع آنالیز | | | زاویه خاتمه آنالیز | | ترکیبات سمی و زیان آور برای سلامتی وجود دارد؟ | | | توضیحات | |
| 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، نمونه­برداری باید توسط خود متقاضی انجام پذیرد. * **نمونه های پودری را در ظرف های نمونه مناسب قرار دهید. در صورتیکه نمونه به صورت قطعه نازک یا لایه نازک می باشد حتما سطح پشت نمونه را با یک علامت مشخص کنید.** * 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. * 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 | | | |
|  | | |  | | | | | | | |  | | | |