|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| مشخصات نمونه ارسالی | | | | | | | | |
| ردیف | نام نمونه | | نوع نمونه (پودر، بایو میکروبی) | بزرگنمایی­های درخواستی | ساختار تخمینی و سایز ذرات | مغناطیسی (بلی یا خیر) | سمی و زیان آور است ؟ | نیاز به حمام التراسونیک دارد؟(بلی یا خیر)  نوع محلول جهت دیسپرس، زمان التراسونیک |
| 1 |  | |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  | |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  | |  |  |  |  |  |  |
| **نوع خدمات درخواستی:** آماده­سازی 🗆 تصویربرداری 🗆 درج اندازه ذرات بر روی تصاویر 🗆 هیستوگرام توزیع اندازه ذرات 🗆 (در صورت همشکل بودن ساختار نمونه) | | | | | | | | |
| **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 | | * در این آنالیز بسته به نوع نمونه حداکثر 4 الی 5 عکس برای هر نمونه گرفته می­شود، نمونه­برداری باید توسط خود متقاضی انجام پذیرد. * درصورت داشتن عکس­های که در مقالات یا پژوهش­های مشابه استفاده شده­اند، ضمیمه گردند. * آزمایشگاه بیم گستر تابان در صورت لزوم مجاز به استفاده از پیمانکار فرعی برای خدمات آنالیزی خود می­باشد. * 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. * نمونه­ها تا یک ماه پس از انجام آزمون نگهداری می­گردند. **هزینه پست یا پیک جهت برگشت به عهده مشتری می باشد.** * **ارسال نمونه به آزمایشگاه و انجام آزمون، منوط به پرداخت نهایی وجه آزمون می باشد.** * **در صورت بروز حوادث پیش بینی نشده یا سرویس و تعمیر دستگاه به زمان جوابدهی افزوده می­شود.** | | | | | | |
| توضیحات متقاضی  تاریخ و امضاءمتقاضی | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| این فسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می­گردد | امکان انجام آزمون (نظر کارشناس دستگاه) می باشد □ نمی باشد □ | | | | | | | | | |
| نظر مدیر فنی:  پیش بینی تاریخ گزارش دهی نتایج: تاریخ و امضاء: | | | | | | | | | |
| هزینه کل آزمون: | سهم پرداختی | تاریخ  ساعت | **گرنت شبکه آزمایشگاهی** | درصد |  | **گرنت بیم گستر تابان** | درصد |  |  |
| مبلغ تخفیف | ریال  ID: | مبلغ تخفیف |  | |
| نظر مدیر ارشد:  تاریخ و امضای مدیر ارشد | | | | | | | | | |
| تاریخ و امضاء جوابدهی | | | نحوه جوابدهی | | | | توضیحات | | |
|  | | |  | | | |  | | |