|  |
| --- |
|  مشخصات نمونه ارسالی |
| ردیف | نام نمونه | آنالیز EDS مورد نیاز است؟ (بلی یا خیر) | آنالیز MAP مورد نیاز است؟(بلی یا خیر) | عناصر مورد نیاز جهت آنالیز | عناصر مزاحم گزارش شود؟ (بلی یا خیر) | ترکیبات سمی و زیان آور برای سلامتی وجود دارد؟ |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| **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.
* 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.**
* **برای نمونه های قطعه نازک یا لایه نازک حتما سطح پشت نمونه را با یک علامت** $×$ **مشخص نماید.**
* **آنالیز** EDS **آنالیزی نقطه ای می ­باشد که به تشخیص اپراتور از یک یا دو نقطه گرفته می­شود و لذا بایستی نمونه ارسالی حتما همگن باشد.**
* **آنالیز** EDS **آنالیزی** **نیمه کمی می­باشد و عناصر بازه کربن تا اورانیوم را تشخیص داده و گزارش می­دهد.**
* **در صورت بروز حوادث پیش بینی نشده یا سرویس و تعمیر دستگاه به زمان جوابدهی افزوده می­شود.**
* **ارسال نمونه به آزمایشگاه و انجام آزمون، منوط به پرداخت نهایی وجه آزمون می باشد.**
 |
| توضیحات متقاضی تاریخ و امضاءمتقاضی |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| این فسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می­گردد | امکان انجام آزمون (نظر کارشناس دستگاه) می باشد □ نمی باشد □ | تعرفه آزمون |  | تاریخ واریز:ساعت واریز: |
|  نظر مدیر فنی: پیش بینی تاریخ گزارش دهی نتایج:  تاریخ و امضاء: | 9 درصد ارزش افزوده |  |
| سهم شبکه آزمایشگاهی | درصد: ریال ID: |
| مبلغ قابل پرداخت |  |
| نظر مدیر ارشد: تاریخ و امضاء: |
| تاریخ و امضاء جوابدهی: | نحوه جوابدهی: | توضیحات: |