|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| مشخصات نمونه ارسالی | | | | | | |
| ردیف | نام نمونه | ترکیبات احتمالی موجود در نمونه | شرح مختصری از نمونه (آلی ، غیر آلی ) | نمونه رطوبت دارد یا خیر؟ | حاوی ترکیبات سمی و زیان آور می باشد؟ | توضیحات بیشتر |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| **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 | | * آزمایشگاه بیم گستر تابان در صورت لزوم مجاز به استفاده از پیمانکار فرعی برای خدمات آنالیزی می­باشد. * **ارسال نمونه به آزمایشگاه و انجام آزمون، منوط به پرداخت نهایی وجه آزمون می باشد.** نمونه­برداری توسط متقاضی انجام پذیرفته است. * متقاضی متعهد می­گردد 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. * فاز متحرک THF می باشد ونمونه باید قابلیت حل شدن در THF به میزان لازم را داشته باشد. * در صورتیکه اطلاعات مربوط به وزن مولکولی، Kو alpha نمونه قید شود آنالیز به شکل UNIVERSAL و دقیق انجام خواهد شد، در غیر این صورت نمونه به شکل Relative و با مقایسه با پلی استرن انجام خواهد شد. * وزن نمونه پلیمری بدون هیچ افزودنی باید حداقل 0.04 گرم 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: | | |