|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
| **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🗆 | | | | | | |
| توضیحات | | | | * خدمات آنالیز برای نمونه­های دریافت شده انجام می گیرد، نمونه­برداری باید توسط خود متقاضی انجام پذیرد و **نمونه حتما در ظرف مناسب قرار داده شود.** * 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. * 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.** * **ارسال نمونه به آزمایشگاه و انجام آزمون، منوط به پرداخت نهایی وجه آزمون می باشد.** * نمونه­ها تا یک ماه پس از انجام آزمون نگهداری می­گردند. **هزینه پست یا پیک جهت برگشت به عهده مشتری می باشد.** | | | | | | |
| روش انجام آزمون در این آزمایشگاه بر اساس استاندارد INSO 14525:2012 میباشد.اگر روش آزمون خاصی مد نظر دارید ذکر کنید:..........................................  به شکل روتین برای کلیه نتایج نمودارهای جذب و واجذب، BET، t-plot وLangmuir و BJH ارائه می گردد. در صورت نیاز به نمودارهای دیگردر قسمت توضیحات متقاضی عنوان گردد .  نیاز به بیان رد یا قبول یا بیانیه انطباق نتایج با ویژگی یا استاندارد مورد نظر توسط آزمایشگاه وجود دارد؟ □بله □ خیر  محدوده پذیرش نتایج/استاندارد/ویژگی مورد نظر:  توضیحات متقاضی: | | | | | | | | | | |
| این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل گردد | | امکان انجام آزمون (نظر کارشناس فنی) می باشد □ نمی باشد □ توضیحات(در صورت عدم امکان انجام آزمون):  آیا نیاز به استفاده از تامین کننده خدمات آزمون وجود دارد؟ بله□ خیر□  قاعده تصمیم گیری در خصوص ویژگی و محدوده پذیرش نتایج مورد نظر متقاضی بر اساس روش گارد باند به عنوان محدوده پذیرش سختگیرانه در سطح اطمینان 95% و ضریب پوشش K=2 مطابق با استاندارد ISO/IEC Guide 98-4 انجام می شود.  تاریخ تخمینی گزارش دهی: مبلغ نهایی پرداختی پس از کسر گرنت: امضاء کارشناس/مدیر فنی: | | | | | | | | |
| آیا نمونه(ها) مطابق با معیار های پذیرش تعیین شده مناسب می باشد؟ بله□ خیر□  موارد انحراف نمونه از معیار پذیرش: تاریخ و امضاء پذیرش: | | | | | | | | |
| اینجانب............................................. با آگاهی کامل از شرایط فوق موافقت خود را بادریافت خدمات درخواستی اعلام میدارم.  تاریخ و امضاءمتقاضی: | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| این فسمت توسط آزمایشگاه تکمیل ­گردد | نظر کارشناس آزمون:  تاریخ و امضاء:  ثبت مذاکرات با مشتری: | | تعرفه آزمون | |  | تاریخ واریز:  ساعت واریز: |
| 9 درصد ارزش افزوده | |  |
| سهم شبکه آزمایشگاهی | | درصد: ریال ID: | |
| مبلغ قابل پرداخت | |  | |
| نظر مدیر آزمایشگاه:  تاریخ و امضاء مدیر آزمایشگاه: | | | | | |
| تاریخ و امضاء جوابدهی: | نحوه جوابدهی: | | توضیحات: | | |