|  |
| --- |
|  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 □ خیرمحدوده 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: |