|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| مشخصات نمونه ارسالی | | | | | | | | | |
| ردیف | نام نمونه | | محدوده تغییرات دما | نرخ تغییرات (دقیقه/درجه) | نمودارهای مورد نیاز  (TGA-DTG-DTA-DSC) | محیط آنالیز  (آرگون یا هوا) | آیا نمونه پر انرژی است؟ | حاوی ترکیبات سمی و زیان آور می باشد؟ | توضیحات بیشتر |
| 1 |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| * در صورت عدم امکان انجام آزمون در این آزمایشگاه، نمونه به پیمانکار فرعی □ ارجاع گردد □ ارجاع نگردد | | | | | | | | | |
| **شرایط نگهداری** | | 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 و نمونه حتما در ظرف مناسب قرار داده شود.** * **متقاضی متعهد می گردد نمونه فاقد منیزیم، مواد** رادیو اکتیو و انفجاری است و گاز فلوئور و کلر آزاد نمیکند درغیر این صورت تمام خسارت جانی و مالی بر عهده وی 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.** | | | | | | | |
| 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: | | |