|  |
| --- |
| مشخصات نمونه ارسالی |
| ردیف | نام نمونه | دمای آنالیز | زاویه شروع آنالیز | زاویه خاتمه آنالیز | ترکیبات سمی و زیان آور برای سلامتی وجود دارد؟ | توضیحات |
| 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.**
* 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 21951-1:2017 میباشد.اگر روش آزمون خاصی مد نظر دارید ذکر کنید:....................................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: |