|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام نمونه | نوع ماده مورد آزمايش:  سنگ🞏 پودر🞏 آب🞏 پساب🞏 آلیاژ🞏 کود🞏 | یک تا دو عنصره🞏 سه تا پنج عنصره🞏 همه عناصر قابل تشخیص 🞏 | ترکیبات سمی دارد؟ | توضیحات |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 | * حداقل مقدار وزنی نمونه های پودری 0.5 گرم و حداقل میزان نمونه های مایع 20 میلی لیتر می باشد ، نمونه­برداری باید توسط متقاضی انجام پذیرد. * آزمایشگاه بیم گستر تابان در صورت لزوم مجاز به استفاده از پیمانکار فرعی برای خدمات آنالیزی می­باشد. * 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. * پذیرش نمونه های دارای ماتریس خاک و آب به صورت قطعی انجام می گردد و در مورد نمونه های دارای ماتریس سنتزی از قبیل کاتالیست ، آلیاژ ، انواع محلول های آلی و …پذیرش نمونه ها با هماهنگی با کارشناس فنی انجام می گردد. * **ارسال نمونه به آزمایشگاه و انجام آزمون، منوط به پرداخت نهایی وجه آزمون می باشد.** * **در صورت بروز حوادث پیش بینی نشده، سرویس یا تعمیر دستگاه به زمان جوابدهی افزوده می­شود.** |
| 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 آزمایشگاه:  تاریخ و امضاء: | | | | | |
| تاریخ و امضاء جوابدهی: | نحوه جوابدهی: | | توضیحات: | | |