|  |
| --- |
| مشخصات نمونه ارسالی |
| ردیف | نام نمونه | فرمول شیمیایی | نام دیسپرسانت(فقط آب و یا الکل) | محدوده اندازه ذرات(µm) | زمان دیسپرس, و نوع اولتراسونیک (حمامی یا پروبی) | توضیحات بیشتر |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| **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 نمونه مورد نیاز برای هر آزمون 5 سی سی و یا 50 میلی گرم میباشد.
* متقاضی متعهد می گردد که نمونه رادیو اکتیو و انفجاری نمی باشد .
* شرایط ایمنی خاص (تشعشع، اشتعال و موارد بیماری زا ) درصورت وجود در قسمت توضیحات ذکر گردد.
* آزمایشگاه بیم گستر تابان در صورت لزوم مجاز به استفاده از پیمانکار فرعی برای خدمات آنالیزی خود می­باشد.
* برای افزایش کیفیت خدمات در صورت وجود شرایط آماده سازی خاص، حتما در قسمت مربوطه توضیحات کامل داده شود.
* هزینه آماده سازی نمونه در شرایط خاص در صورت میسر بودن آن با توجه به امکانات و تجهیزات آزمایشگاه قبل از انجام به متقاضی اعلام میگردد .
* برای نمونه هایی که دیسپرسانت آب و یا الکل است ، آزمون PSA قابل انجام می باشد .
* درصورت عدم تکمیل پارامترهای خواسته شده در فرم توسط متقاضی، این داده ها توسط آزمایشگاه تعیین میگردد و متقاضی حق اعتراضی نخواهد داشت.
* **ارسال نمونه به آزمایشگاه و انجام آزمون، منوط به پرداخت نهایی وجه آزمون می باشد.**
* نمونه­ها تنها تا یک ماه پس از انجام آزمون نگهداری می­گردد و بعد از آن **آزمایشگاه هیچگونه مسئولیتی در قبال نمونه ها ندارد.**
* **هزینه پست یا پیک جهت برگشت نمونه بر عهده مشتری می باشد.**
* **در صورتیکه تسویه حساب آنالیز انجام نشود، نگهداری نمونه های دریافتی حداکثر یک ماه می باشد و بعد از آن نمونه ها امحا خواهند شد .**
* **حداکثر مسئولیت مالی آزمایشگاه در قبال نگهداری از نمونه های تحویل گرفته شده به میزان هزینه آنالیز 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 آزمایشگاه: تاریخ و امضاء: |
| تاریخ و امضاء جوابدهی: | نحوه جوابدهی: | توضیحات: |