



فرم درخواست آنالیز UV-Vis

دانشگاه کوثر بجنورد
آزمایشگاه مرکزی دستگاهی

مشخصات متقاضی آنالیز*	امضای استاد راهنما
نام متقاضی: کد ملی متقاضی:	(مخصوص دانشجویان دانشگاه کوثر بجنورد)*
نام استاد راهنما: کد ملی استاد راهنما:	
تاریخ تحویل نمونه: _____ / _____ / _____ نام دانشگاه/دانشکده/موسسه:	
شماره تماس: ایمیل:	

*نمونه صرفاً محلول، شفاف و در محدوده غلظتی مناسب باشد. * تحویل حلال همراه نمونه الزامی است. * نمونه ارائه شده حداکثر تا یک هفته پس از تاریخ اعلام نتیجه در آزمایشگاه نگهداری می‌شود.	شرایط نمونه *
---	---------------

ردیف	کد (نام) نمونه	نوع نمونه	حلال	نگهداری و ایمنی	محدوده طیف گیری
اطلاعات نمونه *	1	جامد مایع فیلم		نگهداری در یخچال بازگشت باقی‌مانده نمونه نمونه سمی/ بد بو می‌باشد.	
	2	جامد مایع فیلم		نگهداری در یخچال بازگشت باقی‌مانده نمونه نمونه سمی/ بد بو می‌باشد.	
	3	جامد مایع فیلم		نگهداری در یخچال بازگشت نمونه نمونه سمی/ بد بو می‌باشد.	
	4	جامد مایع فیلم		نگهداری در یخچال بازگشت باقی‌مانده نمونه نمونه سمی/ بد بو می‌باشد.	

در صورت بروز هرگونه مشکل ناشی از عدم صحت موارد فوق خسارت ایجاد شده بر عهده متقاضی می‌باشد. اینجانب _____ همه مطالب مندرج در این فرم را به دقت خوانده و شرایط بیان شده از سوی آزمایشگاه را قبول دارم. امضا درخواست کننده	موافقت نامه *
--	---------------

تعارف و پرداخت	کد خدمت	تعرفه آزاد	تعداد	تخفیف	تعرفه پرداختی	میزان استفاده از اعتبار شبکه	سهم مشتری

تاریخ انجام آنالیز: _____ / _____ / _____ توسط:	توضیحات اپراتور:
اپراتور	

نحوه پرداخت: کارتخوان □ آنالین □ فیش □	نحوه پذیرش نمونه: حضوری □ ارسالی □
توضیحات پرداخت:	
تاریخ پذیرش نمونه: _____ / _____ / _____ توسط:	
تاریخ ارسال جواب: _____ / _____ / _____ توسط:	