بسمه تعالی

|  |
| --- |
| **آزمایشگاه مرکزی فیزیک**  دانشگاه صنعتی خواجه نصیرالدین طوسی  **فرم درخواست خدمات** |

|  |  |
| --- | --- |
| **مشخصات متقاضی خدمات** | |
| نام و نام خانوادگی : | کد ملی : |
| نام دانشگاه /شرکت /سازمان : | نام استاد راهنما : |
| شناسه ملی شرکت / سازمان (\*مخصوص اشخاص حقوقی): | کد اقتصادی(\*مخصوص اشخاص حقوقی): |
| شماره تماس : | ایمیل : |
| ادرس دقیق پستی : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **مشخصات خدمات درخواستی** | |
| عنوان آنالیز | توضیحات |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **مشخصات نمونه** | | | | |
| **شرایط ایمنی نمونه** | آتش زا □ سمی □ خورنده □ پرتوزا□ فرار □ محرک دستگاه تنفس □  موارد دیگر :............... | | | |
| **اطلاعات نمونه** | کد/ نام نمونه | | تعداد | نمونه پس از انجام آزمون عودت داده شود □  در صورت عدم انتخاب گزینه فوق نمونه 14 روز پس از انجام آزمون امحا می شود . |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| صحت شرایط ذکر شده برای نمونه و هرگونه خسارت احتمالی ناشی از خطرات نمونه فوق بر عهده متقاضی می باشد .  اینجانب ..........................................مطالب فوق را مطالعه کرده و شرایط مندرج در فرم را می پذیرم . | |
| تاریخ پذیرش نمونه : | نام و امضای متقاضی : |