


آزمایشگاه مرکزی دستگاهی	درخواست لایه نشانی PVD	
-------------------------	------------------------	---

محل الحاق فیش واریزی:		امضای استاد راهنما: مخصوص دانشگاه تهران		نام و نام خانوادگی:  کدملی: شماره تماس: رشته تحصیلی: ایمیل: نام استاد راهنما: نام دانشگاه/دانشکده/موسسه: تاریخ تحویل نمونه:		مشخصات متقاضی
میزان استفاده از اعتبار	تعرفه پرداختی	تخفیف دانشگاه تهران	تعداد	تعرفه آزاد:		تعرفه و تخفیف

* دستگاه یا چیدمان (میکروسکوپ تداخلی، PVD، AFM، ...).				خدمات درخواستی
* شرح کوتاه اما دقیق خدمات درخواستی (داده خام، پردازش، نمودار نتایج، تحلیل، ...)				
ملاحظات لازم در کار با نمونه (مطابق شناسنامه GHS)				مشخصات نمونه
شکستنی	منفجر شونده	سوزاننده	آتش زا	
سرطان زا	رادیواکتیو	سمی	برنده	
				تکمیل ارائه کننده توسط خدمات
				واحد پذیرش

تذکر: در صورت بروز هرگونه مشکل ناشی از عدم صحت موارد فوق خسارت ایجاد شده بر عهده متقاضی می باشد.

اینجانب ..... همه مطالب مندرج در این فرم را به دقت خوانده و شرایط بیان شده از سوی آزمایشگاه را قبول دارم.

امضا درخواست کننده: