|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C:\Users\Central Laboratory\Pictures\ScienceLab2.jpg | | | | | | | **فرم درخواست آنالیز GC** | | | | | | دانشگاه تهران **آزمایشگاه مرکزی دستگاهی** | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **مشخصات متقاضی آنالیز \*** | | | | | | | | | | | | | | | **امضای استاد راهنما** | | |
| نام متقاضی: | | | | | کد ملی متقاضی: | | | | | | | | | | (مخصوص دانشجویان دانشگاه تهران)**\*** | | |
| نام استاد راهنما: | | | | | کد ملی استاد راهنما: | | | | | | | | | |  | | |
| تاریخ تحویل نمونه: \_\_\_\_ **/** \_\_\_\_ **/** \_\_\_\_ | | | | | نام دانشگاه/دانشکده/موسسه: | | | | | | | | | |  | | |
| شماره تماس: | | | | | ایمیل: | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **شرایط نمونه** | \* نمونه باید به صورت محلول آلی شفاف، کاملا آلی و فاقد آب باشد.  \* حداکثر حجم نمونه‌ای که پذیرش می‌شود، 0.5 ml می‌باشد. | | | | | | | | | \* آزمایشگاه به هیچ وجه متعهد به عودت باقیمانده نمونه نیست. | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **اطلاعات نمونه\*** | ردیف | کد (نام) نمونه | | آشکارساز | | | | **توضیحات کامل در مورد نمونه، حلال، ترکیبات مورد نظر** | | | | | | | | نگهداری و ایمنی | |
| 1 |  | | *MS* □  *FID* □  *ECD* □ | | | |  | | | | | | | | نگهداری در یخچال □  نمونه سمی/ بد بو می‌باشد. □ | |
| 2 |  | | *MS* □  *FID* □  *ECD* □ | | | |  | | | | | | | | نگهداری در یخچال □  نمونه سمی/ بد بو می‌باشد. □ | |
| 3 |  | | *MS* □  *FID* □  *ECD* □ | | | |  | | | | | | | | نگهداری در یخچال □  نمونه سمی/ بد بو می‌باشد. □ | |
| 4 |  | | *MS* □  *FID* □  *ECD* □ | | | |  | | | | | | | | نگهداری در یخچال □  نمونه سمی/ بد بو می‌باشد. □ | |
| 5 |  | | *MS* □  *FID* □  *ECD* □ | | | |  | | | | | | | | نگهداری در یخچال □  نمونه سمی/ بد بو می‌باشد. □ | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **توضیحات\*** |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **موافقت‌نامه\*** | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **تعرفه و پرداخت** | کد خدمت | | تعرفه آزاد | | | تعداد | | | تخفیف | | تعرفه پرداختی | | | میزان استفاده از اعتبار شبکه | | | سهم مشتری |
|  | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |  |
|  | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |  |
|  | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **اپراتور** | تاریخ انجام آنالیز: \_\_\_\_ **/** \_\_\_\_ **/** \_\_\_\_ توسط:  توضیحات اپراتور: | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **پذیرش** | نحوه پرداخت: کارتخوان□ آنلاین□ فیش□  توضیحات پرداخت: | | | | | | | | | | | نحوه پذیرش نمونه: حضوری□ ارسالی□  تاریخ پذیرش نمونه: \_\_\_ **/** \_\_\_\_ **/** \_\_\_\_ توسط:  تاریخ ارسال جواب: \_\_\_ **/** \_\_\_\_ **/** \_\_\_\_ توسط: □*Draft* | | | | | |