****

**تاریخ:**

**فرم درخواست استریو میکروسکوپی**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| توسط متقاضی | مشخصات | نام: | نام خانوادگی: |
| **کد ملی:** | **نام دانشگاه/ شرکت/ موسسه وابسته:** |
| **تلفن همراه:** | **تلفن ثابت:** |
| **شماره دانشجویی:** | **پست الکترونیک:** |
| **در خواست نمونه** | **تعداد و جنس نمونه:** ................................................................................  باقیمانده نمونه عودت داده شود: (بلی□ خیر□)  آزمایشگاه اجازه تخریب نمونه دارد؟ (بلی□ خیر□)  آزمایشگاه اجازه ارجاع نمونه به آزمایشگاه همکار مرکزی را دارد؟ (بلی□ خیر□)  شرح درخواست: ..............................................................................................................................................................................................................................................................  \* مدت زمان نگهداری نمونه قبل از آنالیز..............روز \* روش استاندارد پیشنهادی:...................................................................................................................................... | |
| شرایط پذیرش  نمونه | | **نمونه ها تمیز و عاری از آلودگی باشد.**  **آماده سازی ویژه اعم از امولسیون و روغن بر عهده مراجعه کننده می باشد.**  **در صورت استفاده از تخفیفات لبزنت نامه رسمی رضایت شخص خدمت گیرنده، بهمراه پرینت کارت ملی الزامی می باشد.** | |
|  | | **آدرس پست الکترونیک:** [**clab.sbu@gmail.com**](mailto:clab.sbu@gmail.com)  **تلفن مستقیم: 27 - 02129905428** | |
| توسط متقاضی | **مشخصات نمونه** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ردیف** | **نام نمونه** | **تعداد نمونه** | **نحوه قرارگیری نمونه در زیر میکروسکوپ** | | **بزرگ نمایی درخواستی** | | **لام** | **پلیت یا فلاسک** | | **۱** |  |  |  | |  | | **۲** |  |  |  | |  | | **۳** |  |  |  | |  | | |
|  | | **نوع تعرفه : لطفاً فقط یکی از موارد ذیل را انتخاب کنید.**  □ درخواست کسر هزینه از گرنت اعضای هیت علمی دانشگاه شهید بهشتی  اینجانب دکتر................................................. عضو هیئت علمی دانشکده / پژوهشکده / مرکز..................................................... درخواست کسر هزینه خدمات آزمایشگاهی آقا/ خانم ............................................. را تماما □ و تا سقف............................................. ریال را دارم.  □ آزاد( حقیقی- حقوقی) □ دانشجو (دارای گرنت اساتید) □ دانشجو (آزاد)    **امضا استاد راهنما:** | |