****

**تاریخ:**

**فرم درخواست آنالیز زاویه تماس**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| توسط متقاضی | مشخصات | نام: | نام خانوادگی: |
| **کد ملی:** | **نام دانشگاه/ شرکت/ موسسه وابسته:** |
| **تلفن همراه:** | **تلفن ثابت:** |
| **شماره دانشجویی:** | **پست الکترونیک:** |
| **در خواست نمونه** | **فرم نمونه:** مابع□ فیلم یا لایه نازک□ قطعه یا توده□  **جنس ماده**: نامعلوم □ فلزی □ نیمه هادی □ سرامیک □ معدنی □ پلیمری □ بیولوژیک □ کامپوزیت□  **شرایط نگهداری نمونه:** شرایط خاصی ندارد□ نامعلوم □ حساس به رطوبت □ حساس به دما (نگهداری در یخچال)□ حساس به نور□  **ایمنی:** قابل جذب توسط پوست □ محرک دستگاه تنفسی□ خورنده □ فرار□ سمی□ قابل اشتعال□ اکسنده□  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□)  \* مدت زمان نگهداری نمونه قبل از آنالیز...........................روز \* روش استاندارد پیشنهادی:............................................................................ | |
| شرایط پذیرش  نمونه | | **حتی الامکان نمونه های ازمون زاویه تماس از سطح تخت برخوردار باشند.**  **امکان انجام ازمون برای نمونه هایی که با قراردادن قطره آب بر روی سطح آن، در آن حل شده یا تغییر شکل دهند وجود ندارد.**  **ابعاد نمونه حداقل 2\*2 سانتی متر و حداکثر 5\*5 سانتی متر باشد. ضخامت نمونه نیز باید حداکثر 25 میلی متر باشد.**  **قابل ذکر است که زاویه تماس بین 180- 0 درجه اندازه گیری می شود.**  **نتایج بصورت تصاویر قطره بهمراه زاویه تماس ارائه می شود.**  **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) **و تلفن مستقیم: 02129905427** | |
| توسط متقاضی | **مشخصات نمونه** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ردیف** | **نام نمونه** | **ترکیب شیمیایی نمونه** | **تعداد قطره** | **توضیحات مورد نیاز** | | **۱** |  |  |  |  | | **۲** |  |  |  |  | | **۳** |  |  |  |  | | **4** |  |  |  |  | | |
|  | | **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:** | |