****

**تاریخ:**

**فرم درخواست آنالیز ویسکومتری**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| توسط متقاضی | مشخصات | نام: | نام خانوادگی: |
| **کد ملی:** | **نام دانشگاه/ شرکت/ موسسه وابسته:** |
| **تلفن همراه:** | **تلفن ثابت:** |
| **شماره دانشجویی:** | **پست الکترونیک:** |
| **در خواست نمونه** | نام و تعداد نمونه: ................................................................................  نام حلال نمونه:  دمای مورد نظر برای اندازه‌گیری ویسکوزیته نمونه:  ماده از نظر ظاهری: مایع تک فاز □ مایع دوفاز □ مایع چند فاز□  خاصیت نمونه: اسیدی□ بازی □ خوردنده □ تشکیل رسوب□  ایمنی: عادی□ قابل جذب توسط پوست□ محرک دستگاه تنفسی□ غیرسمی □ قابل اشتعال□  دانسیته دقیق در دمای درخواستی (gr/cm3):  باقیمانده نمونه عودت داده شود: (بلی□ خیر□)  آزمایشگاه اجازه تخریب نمونه دارد؟ (بلی□ خیر□)  شرح درخواست: ..............................................................................................................................................................................................................................................................  \* مدت زمان نگهداری نمونه قبل از آنالیز......................................روز \* روش استاندارد پیشنهادی:............................................................................ | |
| شرایط پذیرش  نمونه | | **مقدار نمونه باید بیش از 300 میلی لیتر باشد.**  -**با توجه به شرایط کاری دستگاه، اندازه گیری ویسکوزیته سیالات خورنده، چسبنده و سوسپانسیونی امکان پذیر نمی باشد.** | |
|  | | **آدرس پست الکترونیک:** [**clab.sbu@gmail.com**](mailto:clab.sbu@gmail.com) **و تلفن مستقیم: 02129905427**  **در صورت استفاده از تخفیفات لبزنت نامه رسمی رضایت شخص خدمت گیرنده، بهمراه پرینت کارت ملی الزامی می باشد.** | |
| توسط متقاضی | **مشخصات نمونه** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ردیف** | **نام نمونه** | **ترکیب شیمیایی نمونه** | **دمای اندازه گیری** | **نوع نمونه** | | **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:** | |