****

**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 پذیرشنمونه | **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** **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 بهشتیاینجانب 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:** |