****

**فرم درخواست کروماتوگرافی گازی- طیف سنج جرمی**

**تاریخ:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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□)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | □ پلیمر | □ مخلوط | □ کامپوزیت | | □ نیمه هادی | □ معدنی | □ بیولوژیک | □ سرامیک | | | □ فلز | | **نوع ماده** | |  | | | □ حساس به دما | | □ نا­مشخص | □ یخچال | | | □ حساس به نور | | | **شرايط نگهداری** | |  | | | | | □ نیمه هادی | □ نا مشخص | □ عایق | | | □ هادی | | **خواص الکتريکی** | |  | | | | | □ نا­مشخص | □غیر مغناطیس | | □ مغناطیس | | | | **خواص مغناطيسی** | | □ قابل جذب توسط پوست | | □ محرک دستگاه تنفسی | | | □ رادیو اکتیو | □ سمی □ قابل اشتعال | | | | | □عادی | **ايمنی** |   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 باید پایداری حرارتی داشته باشند تا در هنگام گرم شدن تخریب نشوند.**  **درصورت درخواست تفسیر نتایج، هزینه آن بصورت مجزا محاسبه 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: 27- 02129905428** | |
| توسط متقاضی | **مشخصات نمونه** | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ردیف** | **نام نمونه** | **ترکیب نمونه** | **نوع حلال** | **نوع نمونه** | | **نمونه نیاز به فیلتر یا سانتریفیوژ دارد؟** | | |  | **فرار** | **غیر فرار** | **بلی** | **خیر** | | **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** | |