**فرم درخواست خدمات آزمایشگاهی**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **مشخصات شخص حقیقی (تکمیل کلیه موارد الزامی بوده و در صورت تکمیل نبودن، پذیرش نمونه انجام نمی­گردد)** | | | |
| نام و نام خانوادگی: | | | |
| نام شرکت/ سازمان/ دانشگاه: | | | |
| کدملی : | | شماره همراه: | |
| تلفن ثابت: | | Email: | |
| نام استاد: | شماره تماس استاد: | | Email: |
| **آدرس دقیق پستی:** | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **مشخصات شخص حقوقی (تکمیل کلیه موارد الزامی بوده و در صورت تکمیل نبودن، پذیرش نمونه انجام نمی­گردد)** | | |
| نام شرکت/ سازمان: | | |
| شناسه ملی شرکت/ سازمان: | | کد اقتصادی: |
| نام و نام خانوادگی نماینده شرکت / سازمان: | | |
| کد ملی نماینده شرکت / سازمان: | | |
| شماره همراه: | تلفن ثابت: | |
| Email: | | |
| **آدرس دقیق پستی:** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نوع درخواست: (در صورت تکمیل نبودن نوع درخواست توسط متقاضی، نمونه به آزمایشگاه ارسال نمی­گردد)** | | |
|  | عنوان آزمون / کالیبراسیون | توضیحات  توضیحات |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مشخصات نمونه: (در صورت تکمیل نبودن مشخصات نمونه توسط متقاضی، نمونه به آزمایشگاه ارسال نمی­گردد)** | | | | | | |
|  | عنوان نمونه | | تعداد نمونه | سمیت خورندگی محرک دستگاه تنفسی کاهش سطح هوشیاری پرتوزایی  قابلیت اشتعال فراریت  **اینجانب مسئولیت کلیه عواقب ناشی از خطرات نمونه قید شده در بند فوق را می­پذیرم.**  **نمونه پس از انجام آزمون عودت شود □**  **در صورتی که گزینه بالا انتخاب نشود، نمونه بعد از مدت 10 روز پس از انجام آزمون امحا خواهد شد.** | | |
| 1 |  | |  |
| 2 |  | |  |
| 3 |  | |  |
| تاریخ تکمیل | | نام و امضاء درخواست کننده | | | تایید آزمایشگاه | تایید مرکز خدمات آزمایشگاهی |