**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 |