

فرم درخواست خدمات آزمایشگاهی

مشخصات شخص حقیقی (تکمیل کلیه موارد الزامی بوده و در صورت تکمیل نبودن، پذیرش نمونه انجام نمی گردد)		
نام و نام خانوادگی:		
نام شرکت / سازمان / دانشگاه:		
کد ملی :	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 نمی گردد)		
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 نمی گردد)		
عنوان آزمون / کالیبراسیون	توضیحات	
۱		
۲		
۳		

مشخصات نمونه: (در صورت تکمیل نبودن مشخصات نمونه توسط متقاضی، نمونه به آزمایشگاه ارسال نمی گردد)		
عنوان نمونه	تعداد	سمیت ☐ خوردگی ☐ محرک دستگاه تنفسی ☐ کاهش سطح هوشیاری ☐ پرتوایی ☐
۱		قابلیت اشتعال ☐ فراریت ☐
۲		اینجانب مسئولیت کلیه عواقب ناشی از خطرات نمونه قید شده در بند فوق را می پذیرم.

۳	نمونه پس از انجام آزمون عودت شود □ در صورتی که گزینه بالا انتخاب نشود، نمونه بعد از مدت ۱۰ روز پس از انجام آزمون امحا خواهد شد.		
تاریخ تکمیل		نام و امضاء درخواست کننده	تایید آزمایشگاه
			تایید مرکز خدمات آزمایشگاهی