

مجتمع آزمایشگاهی (آزمایشگاه‌های تخصصی) پارک علم و فناوری استان همدان
فرم درخواست انجام آزمون و آنالیز

توسط متقاضی تکمیل شود	نام و نام خانوادگی:		نام هسته / واحد / شرکت / دانشگاه / پژوهشگاه:		نام دانشکده:	
	معرفی نامه هسته / واحد / شرکت / استاد راهنما پیوست می‌باشد <input type="checkbox"/> نمی‌باشد <input type="checkbox"/>		تاریخ درخواست:		تاریخ تحویل نمونه:	
	نام آزمون موثر نظر:		کد آزمون:		تعداد نمونه / آزمون:	
	نشانی الکترونیک:		تلفن تماس:		تلفن همراه:	
	نشانی:					
	نام استاد راهنمای طرح:		شماره تماس:		مهر و امضاء:	
	نشانی دانشگاه / محل کار:					
	شرح نمونه و پارامترهای درخواستی (الزامات خاص مورد نظر - در صورت نیاز به فضای توضیحات بیشتر از پشت صفحه استفاده نمایید):					
	در ضمن اینجانب اظهار می‌نمایم که اطلاعات ایمنی نمونه خود را به طور کامل در اختیار آزمایشگاه‌های تخصصی پارک قراردادده و متعهد می‌شوم در صورتی که نمونه ارسالی باعث سبب بروز خسارت یا صدمه ای به دستگاه‌های آنالیز و یا به کارشناسان آزمایشگاه شود؛ خسارات آن را از بعد مسئولیت مدنی و مسئولیت کیفری احتمالی برابر با نظر کارشناسی پارک به صورت کامل پرداخت نمایم. همچنین در صورت انجام آزمایش و به نتیجه نرسیدن درخواست استرداد هیچ گونه هزینه‌ای از پارک علم و فناوری استان از سوی اینجانب نخواهد شد و نیز در کلیه مقالات داخلی و خارجی چاپ شده از نتایج این آزمایش از پارک علم و فناوری استان همدان تقدیر و تشکر خواهیم نمود.					
	نام متقاضی:		نام واحد / شرکت:		تاریخ و مهر و امضاء:	
تاریخ و مهر و امضاء:		تاریخ و مهر و امضاء:		تاریخ و مهر و امضاء:		
آزمایشگاه		تاریخ پاسخ دهی (توافقی)		کل هزینه آزمون (ریال):		
امکان پذیری انجام آزمون: ممکن است <input type="checkbox"/> ممکن نمی‌باشد <input type="checkbox"/>		دلایل عدم امکان انجام آزمون / تحویل به موقع پاسخ:		مدیر محترم هزینه آزمون فوق طی فیش شماره تاریخ		
تایید آزمایشگاه:		تایید مدیر آزمایشگاه:		است و انجام آزمون در تاریخ می‌باشد.		
امضاء و تاریخ:		امضاء و تاریخ:		امضاء و تاریخ:		
گزارش کامل آزمون از آزمایشگاه دریافت گردید.		دریافت کننده پاسخ:		تاریخ:		
توجه: نمونه های آزمون شده و پاسخ‌ها به مدت یک ماه در آزمایشگاه نگهداری می‌شوند.		مهر و امضاء:		مهر و امضاء:		
✂						
نام آزمون		کد آزمون		شرح نمونه		
تاریخ دریافت نمونه		تاریخ ارائه نتیجه		تعداد نمونه		
شماره درخواست				نام مسئول انجام آزمون		
تایید مدیریت آزمایشگاه				هزینه آزمون (ریال)		
				مهر و امضاء		
تلفن تماس مجموعه آزمایشگاهی: ۰۸۱-۳۲۵۱۱۲۱۸						
تلفن رسیدگی به شکایات: ۰۸۱-۳۸۳۲۰۶۱۸						
نشانی الکترونیک: laboratory@hstf.ir						

توسط متقاضی تکمیل شود

توسط آزمایشگاه تکمیل شود

تایید متقاضی

برگه رسید در خواست