

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		تاریخ ارائه نتیجه		نام مسئول انجام آزمون		
تایید مدیریت آزمایشگاه		تاریخ ارائه نتیجه		هزینه آزمون (ریال)		
تایید مدیریت آزمایشگاه		تاریخ ارائه نتیجه		مهر و امضاء		
برگه رسید در خواست						
تلفن تماس مجموعه آزمایشگاهی: ۰۸۱-۳۲۵۱۱۲۱۸		تلفن رسیدگی به شکایات: ۰۸۱-۳۸۳۲۰۶۱۸				
نشانی الکترونیک:		نشانی الکترونیک:		نشانی الکترونیک:		
laboratory@hstp.ir		laboratory@hstp.ir		laboratory@hstp.ir		