



درخواست آزمون

کد مدرک : LFR ۰۰۶/۰۰

تاریخ درخواست :

شماره درخواست :

نام متقاضی آزمون:

آدرس :

تلفن:

محل پروژه :

ردیف	نام و مشخصات نمونه	تعداد/مقدار	آزمون های درخواستی	روش /شماره استاندارد آزمون	تاریخ نیاز به	توسط آزمایشگاه
					نتایج آزمون	تکمیل شود
۱						کد شناسایی نمونه
۲						
۳						
۴						

توسط متقاضی آزمون تکمیل شود

توسط آزمایشگاه تکمیل شود

انجام آزمون های فوق در آزمایشگاه امکان پذیر می باشد نمی باشد تاریخ و امضاء بررسی کننده:

ملاحظات:

نظر مدیر فنی آزمایشگاه:

آیا نیاز به استفاده از پیمانکار فرعی است؟ بلی خیر نام پیمانکار فرعی مورد نظر:

برآورد هزینه انجام آزمون: تاریخ گزارش دهی نتایج: تاریخ و امضاء مدیر فنی:

موارد انحراف نمونه(ها) از شرایط لازم:

مطابق با معیار پذیرش نمونه نمونه های دریافتی مورد تایید: می باشد نمی باشد

تاریخ و امضاء بررسی کننده:

ملاحظات :

در ضمن اینجانب اظهار می نمایم که اطلاعات ایمنی نمونه خود را به طور کامل در اختیار آزمایشگاه تخصصی پارک قراردادده و متعهد می شوم 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 هزینه ای 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 خواهم نمود.

امضاء مدیر فنی:

تاریخ :

امضاء متقاضی آزمون :

تاریخ :