



با سمه تعالی
فرم استفاده از خدمات آزمایشگاه مرکزی (فرم شماره ۲) شماره :
تاریخ :
معاونت پژوهشی و فناوری
آزمایشگاه مرکزی

قسمت الف

نام و نام خانوادگی متقاضی:

سمت:

شماره ملی:

دانشکده/شرکت :

آدرس و تلفن :

عنوان پروژه :

نوع پروژه: دانشجویی ارتباط با صنعت مصوب دانشگاه شرکت خصوصی ادارات و سازمان ها اینجانب متقاضی استفاده از دستگاه ذیل می باشم و هم چنین در صورت بروز هر گونه صدمه و خرابی حاصل از استفاده نامناسب از تجهیزات آزمایشگاه مرکزی متعهد به پرداخت خسارت می باشم.

- ۱- کروماتوگرافی مایع ۲- کروماتوگرافی گاز ۳- پلاروگراف ۴- PCR ۵- BOD و COD متر ۶- XRD
 ۷- الکتروفورز عمودی ۸- اولترارکس ۹- کج‌دال ۱۰- سوکسله ۱۱- الایزا ریدر، میکروپلیت ریدر ۱۲- SEM
 ۱۳- سانتیفریوژ ۱۴- اسپکتروفتومتر ۱۵- اولتراسونیک هموژنایزر، حمام اولتراسونیک ۱۶- FTIR ۱۷- فریز درایر
 ۱۸- qRT-PCR ۱۹- Zeta Potential ۲۰- دوربین فراتیف ۲۱- Nano Disk Grinder
 ۲۲- میکروسکوپ AFM ۲۳- Particle Counter ۲۴- میکروتوم

تعداد نمونه : نوع نمونه :

امضاء و تاریخ :

اینجانب عضو هیات علمی دانشگاه سرکار خانم/جناب آقای جهت کار در آزمایشگاه مرکزی معرفی و در جریان انجام پروژه ایشان می باشم و در صورت بروز هر گونه مشکل مسئول پیگیری کار ایشان می باشم.

امضاء و تاریخ : تلفن :

قسمت ب

نام و نام خانوادگی پرداخت کننده هزینه :

شماره فیش :

مبلغ پرداخت :

تاریخ پرداخت :

توجه : نتایج مربوطه پس از واريز وجه تعیین شده به IR270100004001108403019781 و شناسه واريز ۳۴۵۱۰۸۴۷۸۱۲۶۵۰۰۰۰۰۳۰۱۰۷۰۰۵۰۰۰۹ تحویل داده خواهد شد. هر گونه تغییر در فرآیند انجام کار اطلاع رسانی می شود. متقاضی محترم در صورت عضویت در شبکه راهبردی هزینه ها مطابق تخفیف شبکه راهبردی محاسبه می گردد. تلفن و دورنگار: ۰۱۷۳۲۴۴۰۲۴۷ - ایمیل: centerallab@gau.ac.ir

امضاء مدیر آزمایشگاه :

امضاء مسئول دستگاه :

امضاء متقاضی استفاده از دستگاه: