|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **مشخصات شخص حقیقی و حقوقی (تکمیل کلیه موارد الزامی بوده و در صورت تکمیل نبودن، پذیرش نمونه انجام نمی‌گردد.‏)** | | | |
| نام شرکت/ سازمان : | | نام و نام خانوادگی : | |
| کد اقتصادی : | | شناسه ملی شرکت/ سازمان : | |
| کد ملی شخص / نماینده شرکت / سازمان : | | نام و نام خانوادگی نماینده شرکت / سازمان : | |
| ایمیل استاد راهنما : | شماره تماس استاد راهنما : | | نام دانشگاه : |
| تلفن ثابت : | | شماره همراه : | |
| :Email | | کدپستی: | |
| آدرس دقیق پستی: | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **عنوان آزمون درخواستی** | | |
| توضیحات | عنوان آزمون / محصول | ردیف |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **مشخصات فنی نمونه** | | | |
| **مشخصات فیزیکی** | **اطلاعات ایمنی** | **اطلاعات پایه** | **نام نمونه/ محصول** |
| جامد □ مایع □ پودر □ گاز □  آلی □ معدنی □ فلزی □ غیر فلزی□ | سمیت □ خورندگی □ محرک دستگاه تنفسی □ فراریت□ کاهش سطح هوشیاری □ پرتوزایی□ قابلیت اشتعال □ | ابعاد ( m/cm ) :  وزن (kg/gr ) :  حجم (m3/lit ) : |  |
| تست در حضور □ نمونه‌برداری□ ارسال برای آزمایشگاه همکار□  آیا مجوز و تمایل استفاده از گرنت را دارید؟ بله □ خیر□  نحوه ارسال گزارش: فکس□ ایمیل□ حضوری (مراجعه حضوری مشتری) □ ارسال گزارش با پیک (با هزینه مشتری) □ ارسال پستی □  بازگرداندن باقی مانده نمونه: بله□ خیر□  آیا تمایل به دریافت فاکتور رسمی دارید؟ بله□ خیر□  اینجانب مسئولیت کلیه عواقب ناشی از خطرات نمونه قید شده در بند فوق را می‌پذیرم. نمونه پس از انجام آزمون عودت شود □  در صورتی که گزینه بالا انتخاب نشود، نمونه بعد از مدت 10 روز پس از انجام آزمون امحا خواهد شد. | | | |
| محل بارگذاری عکس نمونه یا محصول | | | |