|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| تاریخ پذیرش: | **فرم درخواست کرونوآمپرومتری** | آزمایشگاه تحقیقاتی الکتروشیمی و مواد پیشرفته دانشگاه تخصصی فناوری نوین آمل |
| کد نمونه: |
| نام دانشگاه/شرکت: | کد ملی: | نام و نام خانوادگی: |
| نحوه آشنایی: | تلفن همراه: | پست الکترونیکی: |
| آدرس پستی: |
| **مشخصات نمونه ارسالی جهت انجام آزمون** |
| توضیحات | نوع نمونه (پلیمر/آلی/آلی-فلزی /معدنی/دارو) | ترکیبات موجود در نمونه | نام نمونه | ردیف |
|  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  | 5 |
| **شرایط انجام آزمون** |
| ولتاژ اعمالی: | محیط الکترولیت: |
|  | مدت زمان انجام آزمون: |
| **ویژگی های نمونه** |
| معمولی□ حساس به دما □ حساس به رطوبت □ حساس به نور □ | **شرایط نگهداری** |
| سمی □ محرک دستگاه تنفسی □ قابل جذب از طریق پوست□ بیماری زا□ فرار□ قابل اشتعال□ | **ایمنی** |
| **توضیحات** |
| * متقاضی متعهد می گردد که نمونه رادیو اکتیو و انفجاری نمی باشد درغیر این صورت هرگونه خسارت جانی و مالی بر عهده متقاضی خواهد بود.
* حداقل میزان لازم نمونه 100-200 میلی گرم برای نمونه های پودری می باشد.
* نمونه­ها تا یک ماه پس از انجام آزمون نگهداری می­گردند و پس از آن آزمایشگاه هیچ مسِیولیتی در قبال نمونه ها نخواهد داشت.
* هزینه پست یا پیک جهت برگشت به عهده مشتری می باشد.
 |
| **اینجانب............................................. با آگاهی کامل از شرایط فوق موافقت خود را بادریافت خدمات درخواستی اعلام میدارم. تاریخ و امضاءمتقاضی:** |
| امکان انجام آزمون (نظر کارشناس فنی) می باشد □ نمی باشد □ توضیحات(در صورت عدم امکان انجام آزمون):نظر کارشناس آزمون:تاریخ و امضاء: | **این فسمت توسط آزمایشگاه تکمیل ­گردد** |
| تعرفه آزمایشگاه: | تاریخ و نحوه جوابدهی:توضیحات: |
| سهم شبکه آزمایشگاهی: |
| مبلغ قابل پرداخت: |
| نظر مدیر آزمایشگاه تاریخ و امضاء مدیر آزمایشگاه: |