|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|

|  |
| --- |
| **مشخصات متقاضی:**  |
| نام و نام خانوادگی:  | شماره تلفن/ فکس: | نام استاد: |
| نام شرکت/سازمان/دانشگاه: | آدرس الکترونیکی: | شماره تماس استاد: |
| نمونه بردار: | کدملی :  | تلفن همراه: | ایمیل استاد: |
| واحد درخواست کننده: مشتریان خارجی🗆 واحد بازرسی🗆 واحد کیفیت 🗆 سایر🗆 | آدرس پستی: |

 |
| **مشخصات نمونه:** |
| **Sample name :** | **جنس نمونه:** | **کد آزمایشگاه نمونه:** | **کد مشتری نمونه:** | **مشخصات ظاهری/ شیمیایی:** |
| تعداد کل نمونه: ............. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **نوع نمونه:**  | 1. پودر:
 | درشت دانه 🗆  |  ریز دانه 🗆 |  |  |  |  |  |  |
| 1. مایع: سوسپانسون🗆 کلوئید 🗆 سل پلیمری 🗆 محلول 🗆 سایر موارد:

 ترکیب، نقطه جوش و فشار **بخارحلال و نوع حلال** ذکر شود: ................................................................................................ |  |
| 1. Bulk: کلوخه ای 🗆 لایه نازک 🗆 فلزی 🗆 پلیمری 🗆 متخلخل 🗆 کامپوزیت 🗆 سایر موارد:
 |  |
| **شرایط نگهداری:** | حساس به نور🗆 حساس به رطوبت🗆 نگهداری در اتمسفر خاص🗆 نگهداری در دمای پایین🗆 |  |
| **ایمنی:** | سمی 🗆 فرار🗆 قابل اشتعال🗆 محرک دستگاه تنفسی🗆 قابل جذب از طریق پوست🗆 نانو سایز 🗆  |
| **در صورت داشتن Material Safety Data Sheet (MSDS) در هر یک از موارد ارسال گردد.****در غیر اینصورت اقدامات ایمنی لازم در هنگام کار با ماده مورد نظر:** **............................................****مشتری متعهد می گردد که نمونه رادیواکتیو و انفجاری نمی باشد.** |
| **نوع خدمات درخواستی** (توضیحات لازم ذکر گردد.) |
| **آزمون**  | با توجه به متفاوت بودن هزینه ها برای هریک از موارد زیر، لطفا به دقت به هر یک پاسخ دهید: |
| 1. نوع آنالیز:xrd

🗆 زاویه پایین (Small Angle) (حداقل زاویه ده درجه است)🗆 نرمال، زاویه 2θ از .......... الی .......... درجه🗆 آنالیز Grazing incidence زاویه 2θ از .......... الی .......... درجه و زاویه θ ثابت .......... درجهالف) تعیین پهنای پیک در نصف ماکزیمم ارتفاع (FWHM) بلی 🗆 خیر 🗆ب) تعیین سطح زیر پیک برای محاسبه درصد کریستالینیتی بلی 🗆 خیر 🗆  |
| 1. آیا روش آزمون یا درخواست اسکن خاص یا ویژه ای مورد نظر شما می باشد؟ بله 🗆 خیر🗆 (روش ها و آزمون های خاص شامل هزینه های ویژه می گردند)

روش یا درخواست را شرح دهید: .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| 1. نتایج مورد نیاز: برای آزمون xrd

🗆 فقط طیف🗆 شناسایی فاز : بله 🗆 خیر🗆در صورت پاسخ بله ؛ برای شناسایی بهتر فازها ترکیبات احتمالی نمونه ذکر گردد ذکر جزئیات ترکیب نمونه و مواد اولیه مصرفی (مواد اولیه به کار رفته و ترکیبات حاصل مورد نظر، هرگونه احتمال آلودگی یا ناخالصی در مواد استفاده شده یا موارد دیگر ): .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................توضیحات و انتظار متقاضی : ...................................................................................................................................................................................................................................................... |
| اینجانب ....................................................... به عنوان متقاضی، در صورت نیاز، با انجام آزمون‌ها توسط آزمایشگاه‌های همکار دانشگاه موافقت**[ ]** می‌نمایم **[ ]** نمی‌نمایم. | **حضوری** **غیر حضوری** | **نام متقاضی:****تاریخ و امضا:** |
| امکان پذیری انجام آزمون: ممکن می باشد🗆 ممکن نمی باشد🗆نام مسئول انجام آزمون: مهر یا امضاء:دلایل عدم انجام آزمون یا تحویل به موقع: | تاریخ تحویل نتایج (توافقی): |
| **برآورد کل هزینه:** |
| هزینه آزمون | ریال | مبلغ  ریال توسط اینجانب  طی فیش بانکی شماره به حساب شماره نام متقاضی : تاریخ و امضاء :توضیحات : |
| مجموع هزینه ها | ریال |
| تخفیف | ریال |
| مالیات و عوارض | ریال |
|  | ریال |
| **مبلغ دریافتی** | ریال |  |
| **تایید و بایگانی:** |
| **تاریخ دریافت نمونه** |  | **نام و امضای کارشناس** | **نام و امضای مسئول آزمایشگاه** | **مهر آزمایشگاه** |
| **تاریخ تحویل نتایج** |  |