|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **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 .......... درجه  الف) 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 موافقتمی‌نمایم 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** | |  | | |