

## فرم درخواست خدمات آزمایشگاهی – اشخاص حقیقی/حقوقی

<b>مشخصات شخص حقیقی (تکمیل کلیه موارد الزامی بوده و در صورت تکمیل نبودن، پذیرش نمونه انجام نمی‌گردد)</b>			
نام و نام خانوادگی:			
نام شرکت/ سازمان/ دانشگاه:			
کد ملی:		شماره همراه:	
تلفن ثابت:		Email:	
نام استاد:		شماره تماس استاد:	Email:
آدرس دقیق پستی:			

<b>مشخصات شخص حقوقی (تکمیل کلیه موارد الزامی بوده و در صورت تکمیل نبودن، پذیرش نمونه انجام نمی‌گردد)</b>			
نام شرکت/ سازمان:			
شناسه ملی شرکت/ سازمان:		کد اقتصادی:	
نام و نام خانوادگی نماینده شرکت / سازمان:			
کد ملی نماینده شرکت / سازمان:			
شماره همراه:		تلفن ثابت:	
Email:			
آدرس دقیق پستی:			

<b>نوع درخواست: (در صورت تکمیل نبودن نوع درخواست توسط متقاضی، نمونه به آزمایشگاه ارسال نمی‌گردد)</b>		
	عنوان آزمون / کالیبراسیون	
توضیحات		۱
		۲
		۳

<b>مشخصات نمونه: (در صورت تکمیل نبودن مشخصات نمونه توسط متقاضی، نمونه به آزمایشگاه ارسال نمی‌گردد)</b>				
سمیت <input type="checkbox"/> خوردگی <input type="checkbox"/> محرک دستگاه تنفسی <input type="checkbox"/> کاهش سطح هوشیاری <input type="checkbox"/> پرتوایی <input type="checkbox"/> قابلیت اشتعال <input type="checkbox"/> فراربت <input type="checkbox"/> اینجانب مسئولیت کلیه عواقب ناشی از خطرات نمونه قید شده در بند فوق را می‌پذیرم. نمونه پس از انجام آزمون عودت شود <input type="checkbox"/> در صورتی که گزینه بالا انتخاب نشود، نمونه بعد از مدت ۱۰ روز پس از انجام آزمون امحا خواهد شد.	تعداد	عنوان نمونه		
				۱
				۲
			۳	
تایید مرکز خدمات آزمایشگاهی	تایید آزمایشگاه	نام و امضاء درخواست کننده	تاریخ تکمیل	