|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **www.**[**nanotahlil**](http://www.nanotahlil.com)**.ir**  C:\Users\hoda\Desktop\logoabi35692.png | | | | فرم درخواست آزمون  **Raman (532 nm)** | | | | | | |
| تاریخ پذیرش: | | | نوع آزمون: | | | |
| نام شرکت/دانشگاه: | | | نام و نام خانوادگی: | | | |
| شماره تماس: | | | کد ملی: | | | |
| ایمیل: | | | آدرس: | | | |
| نحوه ی آشنایی با آزمایشگاه :  از طریق سایت □ شبکه های اجتماعی □ دوستان □ سایر □ | | | | | | |
| اطلاعات تخصصی نمونه  \*این قسمت توسط متقاضی تکمیل گردد. | | | | | | | | | | |
| تعیین شدن نور لیزر تا 100 میلی وات | تحلیل تخصصی آزمون | | بازه اندازه گیری مورد نظر | | حاوی ترکیبات سمی است | نوع نمونه  (پودر/لایه نازک/ مایع) | | ترکیبات نمونه | نام نمونه | شماره |
| تعیین نیمه عمر فونون | شناسایی فاز |
|  | □ | × |  | |  |  | |  |  | ۱ | |
|  | □ | × |  | |  |  | |  |  | ۲ | |
|  | □ | × |  | |  |  | |  |  | ۳ | |
|  | □ | × |  | |  |  | |  |  | ۴ | |
|  | □ | × |  | |  |  | |  |  | ۵ | |
| ملاحضات فنی   |  |  | | --- | --- | | **شکل نمونه** | پودری 🗆 توده ای 🗆 لایه نشانی شده بر روی زیر لایه 🗆 بیولوژیکی 🗆 پلیمری 🗆 | | **جنس ماده** | نامعلوم 🗆 فلزی 🗆 سرامیک 🗆 معدنی 🗆 کامپوزیت 🗆 | | **خواص الکتریکی** | نامعلوم 🗆 رسانا 🗆 نیمرسانا 🗆 نارسانا 🗆 | | **ایمنی** | سمی 🗆 فرار🗆 قابل اشتعال🗆 محرک دستگاه تنفسی🗆 اکسنده🗆 خورنده 🗆 بیماری­زا 🗆 سایر موارد: ............................. | | **توضیحات** | * در صورت اینکه نمونه های به هر دلیل طیف رامان نداشته باشد هزینه انالیز محاسبه می گردد. * درصورت ایجاد خسارت مالی و جانی بدلیل نمونه مخرب یا سمی مسئولیت آن با متقاضی می باشد. * در صورت بروز هرگونه مشکل ناشی از عدم صحت موارد فوق، خسارت ایجاد شده بر عهده مشتری می­باشد. * نمونه­ها تا دو هفته پس از انجام آزمون نگهداری می­گردند. هزینه پست یا پیک جهت برگشت به عهده مشتری می باشد. * مسئولیت صحت اطلاعات و مشخصات نمونه برعهده متقاضی می باشد . * نمونه های ارسالی باید در اندازه و شرایط مناسب ارسال شود (قبل از ارسال نمونه هماهنگی لازم را انجام دهید) * در صورت عدم هماهنگی قبلی متقاضی, شرکت در خصوص تخریب نمونه های حساس به دما, رطوبت, زمان , نور و ... مسئولیتی ندارد. * هزینه پرداختی برای آزمون ها به هر دلیل قابل استرداد نیست | | اینجانب صحت موارد بالا را تایید می نمایم.  توضیحات متقاضی:  تاریخ و امضاء متقاضی | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| این فسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می­گردد | امکان انجام آزمون (نظر کارشناس دستگاه) می باشد □ نمی باشد □ | | | | | | | |
| نظر کارشناس دستگاه:  تاریخ و امضاء: | | | | | | | |
| تعرفه هر آزمون: | هزینه کل آزمون: | **گرنت شبکه آزمایشگاهی** | درصد |  |  |  | سهم پرداختی |
| تعداد آزمون انجام شده: | مبلغ تخفیف | ریال  ID: |  | |
| هزینه تحلیل تخصصی: |
| نظر مدیر آزمایشگاه: | | | | | | | |
| تاریخ و امضای مدیر آزمایشگاه | | | | | | | |