|  |  |
| --- | --- |
| **www.**[**nanotahlil**](http://www.nanotahlil.com)**.ir** C:\Users\hoda\Desktop\logoabi35692.png | فرم درخواست آزمون **(BET)**  |
| 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. |
| توضیحات | زمان مورد نیاز pretreatment | دمای مورد نیاز pretreatment | نوع نمونه(پودر/لایه نازک/ مایع) | ترکیبات نمونه | نام نمونه | شماره |
|  |  |  |  |  |  | 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 🗆 |
| **شرایط نگهداری** | معمولی 🗆 حساس به نور 🗆 حساس به دما 🗆 حساس به رطوبت 🗆 |
| **ایمنی** | سمی 🗆 فرار🗆 قابل اشتعال🗆 محرک دستگاه تنفسی🗆 اکسنده🗆 خورنده 🗆 بیماری­زا 🗆 سایر موارد: .............................  |
| **توضیحات** | * مقدار نمونه حداقل 0.2 گرم باشد.
* عدم حصول نتیجه به دلیل کم بودن نمونه، نوع ماده یا کم بودن دمای Degassing مسئولیتی برای آزمایشگاه ایجاد نمی کند و بیش از یک بار انجام نخواهد شد.
* درصورت عدم درج دما و زمان برای Degassing ، دمای 120 درجه سانتی گراد بصورت پیش فرض انتخاب می‌گردد.
* 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 | ریالID: |  |
| هزینه تحلیل تخصصی: |
| نظر مدیر آزمایشگاه:  |
| تاریخ و امضای مدیر آزمایشگاه |