|  |  |
| --- | --- |
| نام و نام خانوادگی: رشته و مقطع تحصیلی: شماره دانشجویی:کد ملی: تلفن تماس ضروری: نام دانشگاه یا موسسه وابسته: نام و استاد راهنما: شماره تماس استاد راهنما: امضاء استاد راهنما: تاریخ تحویل نمونه: ایمیل استاد راهنما: ایمیل متقاضی:  | **مشخصات متقاضی** |

|  |  |
| --- | --- |
| * **نمونه ارائه شده حداکثر یک هفته پس از تاریخ اعلام نتیجه در آزمایشگاه نگهداری می شود.**
 | **شرایط نمونه** |
| نام نمونه: تعداد نمونه: نوع نمونه( جامد، مایع،...): شرایط نگهداری:ساختار احتمالی: فرمول مولکولی قابل انتظار: ایمنی:برنامه دمایی و یا نقطه جوش اجزاء:آشکار ساز: MS TCD FID | **مشخصات نمونه** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **نوع اطلاعات لازم از آنالیز** |

**توجه**: هزینه هر آنالیز، به حساب **1108058192** بانک تجارت شعبه دانشگاه کردستان به نام **درآمدهای اختصاصی معاونت پژوهشی دانشگاه کردستان** واریز و اصل فیش به همراه فرم درخواست تکمیل شده به آدرس: **سنندج-دانشگاه کردستان-آزمایشگاه مرکزی-صندوق پستی 416 کد پستی: 15175- 66177** ارسال گردد.