|  |  |
| --- | --- |
| 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** |

|  |  |
| --- | --- |
| * معرفی حلال مناسب برای نمونه به عهده متقاضی می­باشد.
* نمونه ارائه شده حداکثر یک هفته پس از تاریخ اعلام نتیجه در آزمایشگاه نگه­داری می­شود.
 | **شرایط نمونه** |
| نام نمونه: ستون مورد نیاز: تعداد نمونه: شرایط نگهداری:نوع نمونه: طول موج جذبی (آشکارساز (UV:حلال: برنامه شویش:ایمنی: | **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.