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

|  |  |
| --- | --- |
| **\* تحویل حلال همراه نمونه الزامی است.**  **\* نمونه ارائه شده حداکثر یک هفته پس از تاریخ اعلام نتیجه نگهداری می شود.** | **شرایط نمونه** |
| |  |  | | --- | --- | | نام نمونه: | حلال: | | تعداد نمونه: | شرایط نگهداری: | | نوع نمونه: | محدوده طول موج مورد نظر: | |  | ایمنی: | | **مشخصات نمونه** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **اطلاعات لازم برای 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.