|  |  |
| --- | --- |
| 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.