



فرم درخواست و برآورد آزمون



۱- مشخصات درخواست کننده

نام شخص یا شرکت درخواست کننده:	کد اقتصادی/ملی:
آدرس:	تلفن:
پست الکترونیک:	فاکس:
تاریخ مورد نیاز مشتری جهت ارائه گزارش:	تاریخ دریافت نمونه:
روش آزمون/استاندارد: -	

۲- آزمون درخواستی:

Western blot Real-time PCR کشت سلول کوره FT-IR UV/Vis HPLC GC-MS
 خدمات عمومی دیونایزر عصاره گیری اسانس گیری AAS اتوانالایزر فریز درایر نانودراپ میکروتوم و رنگ آمیزی لام

۳- خدمت درخواستی (تعداد نمونه / نوع نمونه)

ردیف	کد صحرایی نمونه	کد نمونه	تعداد	پارامتر درخواستی	توضیحات تکمیلی مشتری جهت انجام بهتر آزمون	این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل گردد
						هزینه انجام آزمون ها بدون تخفیف (ریال)
						هزینه انجام آزمون ها با تخفیف (ریال)

جامد پودری حاوی ترکیبات سمی حاوی ترکیبات رادیو اکتیو قابل اشتعال

درخواست تخفیف: اساتید و دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اعضای شبکه راهبردی
 نوع پرداخت: پژوهانه دانشگاه علوم پزشکی پژوهانه شبکه راهبردی
 پرداخت نقدی از طریق سامانه پرداخت الکترونیکی بنام حوزه تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی
 امضاء مشتری

۴- آزمایشگاه

امکان سنجی انجام خدمات (زمان، هزینه، مواد اولیه، نیروی انسانی و...) و برآورد هزینه انجام گیرد.
 نمونه دریافتی پیوست می باشد.
 نمونه قبلاً به آزمایشگاه ارسال شده است.

امضاء مسنول ارتباط با مشتریان
تاریخ

۵- مسنول ارتباط با مشتریان

انجام خدمات مورد نیاز از لحاظ مواد/ تجهیزات، بدون مشکل/ با مشکل می باشد.
 نتایج آزمایش ها پس از دریافت نمونه توسط آزمایشگاه حداکثر تا تاریخ

امضاء مدیر فنی آزمایشگاه
تاریخ

روز کاری آماده خواهد بود. به مدت

۶- آزمایشگاه

باتوجه به اینکه کلیه توافق ها با مشتری به عمل آمده آزمایش های درخواستی انجام گیرد.

امضاء رئیس آزمایشگاه
تاریخ

آدرس: خرم آباد، کیلومتر ۵ جاده بروجرد- دانشگاه علوم پزشکی- آزمایشگاه جامع تحقیقاتی- کدپستی
 تلفن: ۰۶۶-۳۳۲۰۴۰۰۷

Website: <http://corelab.lums.ac.ir/>, Email: corelablums@yahoo.com

LQS-F05-01