|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | نام و نام خانوادگي/ شخص حقوقی:  | کد/ شناسه ملی: |
| نام سازمان:  | آدرس:  |
| پست الکترونیک:  | تلفن همراه:  |
| **مشخصات نمونه دریافتی** (نمونه در ظرف شیشه ایی تیره و حاوی 500 میلی لیتر روغن پذیرفته می شود) |
|  نام نمونه (ها):  | تاریخ تحویل نمونه:  |
| آیا متقاضی دریافت حمایت از شبکه آزمایشگاهی راهبردی (لبزنت) هستید؟ بلی □ خیر □ | **انجام آزمون براساس:** |
| استاندارد ملی 10503 □ الزامات خاص مشتری □  |
| شماره طرح مصوب در پژوهشگاه ............. |
| توضیحات: نام و امضاء متقاضی- تاریخ: |
| **مدیر خدمات تخصصی** | **هزینه انجام آزمون :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **هزینه انجام 1 آزمون**(ریال) | **تعداد نمونه** | **مبلغ کل (ریال)** | **کسر میشود**  | **مبلغ قابل پرداخت** (ریال) |
| **تخفیف** | **حمایت لبزنت** |
|  |  |  |  |  |  |

 |
| **مدیر فنی** | امکان پذيري انجام آزمون: □ ممكن مي باشد □ ممكن نمي باشد دلايل عدم انجام آزمون يا تحويل به موقع: تاييد مدیر فنی: | کد نمونه | شماره درخواست | تاریخ جواب |
|  |  |  |
| **امور مالی** | **پرداخت به حساب درآمد اختصاصی:** 4001024103007689 بانک مرکزی**شماره شبا:**IR 680100004001024103007689**کد شناسه: 386024182114504000000000000003** | **نحوه پرداخت هزینه:** □ فیش/ تراکنش بانکی به□ از بودجه طرح مصوب پژوهشگاه به ش: | □ پرداخت به مبلغ: ریال مورد تائید است.تاریخ و امضاء کارشناس مالی |
| كد فرم: **F-404-Oil-3**  | شماره بازنگري: **04** |

✁…………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| شماره درخواست:  | تعداد نمونه/ آزمون:  | نام آزمون:  | **برگه رسید درخواست**  |
| ساعت ارائه گزارش: | تاريخ ارائه گزارش:  | تاریخ دریافت نمونه:  |
| نام مدیر فني**:**  | هزینه انجام آزمون: نام مسؤول انجام آزمون:  |
| تاریخ و امضاء:  | تلفن تماس: 44787477 شماره فكس: ۴۴۷۸۷۳۹۵ |
|  دریافت کننده:  تاریخ و امضاء: | گزارش کامل آزمون‌ نمونه‌ها از مسئول مرکز خدمات تخصصی زیست فناوری دریافت گردید. توجه: نمونه‌هاي آزمون شده به مدت يك ماه در آزمایشگاه نگهداری مي‌شوند. |
| شماره بازنگري: **04** | كد فرم: **F-404-Oil-3**  |