**..مشخصات متقاضی**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگي/ شرکت: | نام سازمان: | | کد ملی/ شناسه ملی: | تلفن تماس: |
| پست الکترونیک(ضروری): | معرف: | | شماره طرح مصوب در پژوهشگاه: | تاریخ ارائه درخواست: |
| آیا متقاضی دریافت حمایت از شبکه آزمایشگاهی راهبردی (لبزنت) هستید؟ بلی خیر | | اولویت نیاز سروری: Core  RAM | | |
| لیست برنامه های موردنیاز همراه با ورژن آنها: | | | | |

**خدمات سروری:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نوع خدمت** | **انتخاب** | **مبلغ کل خدمت (ريال)** |
| 1- سرور محاسباتی با سیستم عامل لینوکس (RAM: 256 Gb, CPU: 36 Core) |  | =.............. (روز ) ×……………………… |
| 2- سرور محاسباتی با سیستم عامل لینوکس (RAM: 220 Gb, CPU: 24 Core) |  | =.............. (روز ) ×……………………… |
| 3- سرور محاسباتی با سیستم عامل لینوکس (RAM: 12-32 Gb, CPU: 6-8 Core) |  | =......................... (روز) ×………………… |
| 4- سرور محاسباتی با سیستم عامل لینوکس (RAM: 2-4 Gb,CPU: 2-4 Core) |  | =.............. (روز ) ×……………………… |
| 5- ارایه کامپیوتر و نرم افزار های مورد نیاز و فضای مناسب جهت برگزاری کارگاه |  | =......................... (تعداد شرکت کنندگان) × 15 درصد هزینه ثبت نام هر نفر |
| 6- در صورت موافقت مرکز ژنوم، انجام آزمون با فوریت (افزایش 40 درصدی تعرفه هر خدمت) |  |  |
| \* لازم است حداقل 3 روز پیش از استفاده از سرور و پیش از واریز وجه، برنامه های مورد نیاز به صورت ایمیل برای کارشناس جهت نصب ارسال گردد.  \* در صورتیکه مجموع RAM و Thread مورد درخواست بیش از 220 واحد باشد، هزینه استفاده از سرور بطور کامل محاسبه می گردد.  \*حداکثر مدت زمان در هر بار استفاده متقاضی، یک هفته می باشد. در صورت امکان و با توجه به برنامه سایر متقاضیان این مدت زمان قابل تمدید خواهد بود.  \* زمان استفاده حضوری از سرور های مرکز ژنوم برای متقاضیان غیر از پژوهشگاه ساعات اداری و روزهای کاری پژوهشگاه ملی مهندسی ژنتیک و زیست فناوری می باشد.  \* انجام هر آزمون پس از پرداخت هزینه و مطابق برنامه زمانی که توسط کارشناس به متقاضی محترم اعلام می گردد، انجام خواهد شد.  \*در حال حاضر دسترسی کاربران به سرور فقط از طریق محیط دستوری امکان پذیر است.  \* پس از اتمام مدت دسترسی به سرور، کلیه اطلاعات حساب کاربری حذف خواهد شد و این مرکز هیچ گونه مسئولیتی در قبال نگهداری داده های متقاضیان ندارد. | | |
| توضیحات متقاضی: | | |
| اینجانب .................................. متعهد می­شوم کلیه مقررات آزمایشگاه بیوانفورماتیک را رعایت نمایم.  نام و امضاء متقاضی: | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مدیر خدمات تخصصی** | **هزینه انجام خدمات آزمایشگاهی :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **مجموع هزینه خدمات آزمایشگاهی (ریال):** | **کسر می شود** | | **مبلغ قابل پرداخت** (ریال) | | **تخفیف (ریال)** | **میزان حمایت (ریال)** | |  |  |  |  | | | | | | |
| **مسئول فنی/ کارشناس** | امکان پذيري انجام آزمون: □ ممكن مي باشد □ ممكن نمي باشد  تاييد کارشناس:  توضیحات: | | کد نمونه | شماره درخواست | | تاریخ جواب |
|  |  | |  |
| **امور مالی** | **پرداخت به حساب درآمدهای اختصاصی پژوهشگاه – خزانه داری کل:**  **ورود به وبگاه** [**https://nigeb.ac.ir/web/ap**](https://nigeb.ac.ir/web/ap) **و پرداخت هزینه آزمون** | **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 | |
| خواهشمند است پس از دریافت گزارش آزمون نسبت به تکمیل "فرم نظرسنجی از مشتریان" اقدام و آنرا به آدرس فوق ایمیل نمائید. تلفن تماس: 44787477 ایمیل: [service@nigeb.ac.ir](mailto:service@nigeb.ac.ir) | | | | | | |
| كد فرم: **F-404-GCS-3** | | شماره بازنگري: **03** | | | | |