**مشخصات متقاضی**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگي/ شرکت: | نام سازمان:  | کد ملی/ شناسه ملی: | تلفن تماس:  |
| پست الکترونیک(ضروری):  | معرف: | تاریخ تحویل نمونه: | نام ارگانیسم:  |
| شماره طرح مصوب در پژوهشگاه: | نوع نمونه:  | نام و تعداد نمونه (ها): |
| نام و تعداد پرایمرها: | آیا متقاضی دریافت حمایت از شبکه آزمایشگاهی راهبردی (لبزنت) هستید؟ بلی خیر  |

**خدمات آزمایشگاهی مورد تقاضا:** جهت سهولت انتخاب روش مورد استفاده توسط متقاضیان محترم، مشخصات هر کیت همراه با جزییات هر خدمت در جدول زیر آورده شده است. اگر نمی دانید کدام کیت مناسب است، توصیه می گردد ابتدا آزمون مربوط به یک نمونه به صورت آزمایشی (با پرداخت هزینه مربوطه) انجام و پس از تایید و رضایت از نتیجه، همه نمونه ها مورد پذیرش قرار گیرند.

|  |
| --- |
| **خدمات Shotgun proteomics و آنالیز نتایج** |
| **روش**  | **تعداد تقريبي پپتيد شناسايي شده** | **تعداد تقريبي پروتئين شناسايي شده** | **هزينه بابت 6 نمونه (معادل ریال مبالغ درج شده)** |
| 1h SWATH | 10000 | 2700 | 280.000.000 |
| 2h SWATH | 12000 | 3100 | 360.000.000 |
| 1h SWATH extended | 15000 | 3750 | 480.000.000 |
| 2h SWATH extended | 175000 | 4300 | 550.000.000 |
| 1h 2D SWATH | 250000 | 6200 | 780.000.000 |
| 2h 2D SWATH | 300000 | 7000 | 1250.000.000 |
| اناليز نتايج الكتروفورز دو بعدي با | قيمت بر اساس پروژه دو تيمار يا گروه سه تايی: 9000.000- 6000.000 | =.......................... هزینه × تعداد  |
| اناليز نتايج Shotgun proteomics | قيمت بر اساس پروژه دو تيمار يا گروه سه تايی: 40.000.000- 20.000.000  | =.......................... هزینه × تعداد |
| لطفا در زمان پذیرش نتایج مراحل قبلی آزمایش خود مانند تصویر نتایج نانودراپ، ژل الکتروفورز و .... را به کارشناس تحویل فرمایید. انجام هر آزمون پس از دریافت نمونه، پرداخت هزینه و مطابق برنامه زمانی که توسط کارشناس به متقاضی محترم اعلام می گردد، انجام خواهد شد. |
| توضیحات متقاضی در رابطه با آزمون/ نمونه ها/روش مورد استفاده: | اینجانب .................................. متعهد می­شوم:* نمونه ها تا سطح دو ایمنی آزمایشگاه بوده، فاقد هرگونه آلودگی به عوامل بیماریزا قابل انتقال به انسان و تهدید کننده سلامت کارشناس و فاقد ترکیبات آسیب رسان به تجهیزات مورد استفاده می باشد. در صورت اثبات خلاف آن، تمام مسئولیت آن را می پذیرم.
* در صورت عدم دستیابی به نتایج مطلوب، بعد از استخراج از نمونه­ها، نسبت به ثبت درخواست و ارسال مجدد نمونه با شرایط مطلوب اقدام نمایم.
* از نمونه ها بک آپ مناسب تهیه نمایم تا در صورت نیاز به تکرار آزمایش به آزمایشگاه تحویل داده شود. 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** | امکان پذيري انجام آزمون: □ ممكن مي باشد □ ممكن نمي باشد دلايل عدم انجام آزمون : تاييد مسئول فنی:توضیحات آزمون:  | 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** | □ پرداخت به مبلغ: ریال مورد تائید است.تاریخ و امضاء کارشناس مالی |
| كد فرم: **F-404-GCS-23**  | شماره بازنگري: **02** |
|  ✁…………….…………………………………………………………………………........................…………………………………………………………………………………………………………… |
| **برگه رسید درخواست** | شماره درخواست: نام آزمون: تعداد نمونه: تاریخ دریافت نمونه:تاريخ ارائه گزارش: هزینه انجام آزمون: تلفن تماس: 44787477 ایمیل: service@nigeb.ac.ir نام مسئول پذیرش: تاریخ و امضاء: |
| خواهشمند است پس از دریافت گزارش آزمون نسبت به تکمیل "**فرم نظرسنجی از مشتریان**" اقدام و آنرا به آدرس فوق ایمیل نمائید.توجه:کلیه مواد تحویلی اعم از نمونه، پرایمر و ... و نتایج آزمون ها، از تاریخ پذیرش به مدت يك ماه در آزمایشگاه نگهداری مي‌شوند.  |
| كد فرم: **F-404-GCS-27**  | شماره بازنگري: **02** |