**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  |  انجام آزمون براساس: انتخاب روش توسط کارشناس  الزامات خاص مشتری   |
| نام و نوع فایل ها: |

**خدمات:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **آزمون** | **انتخاب** | **مبلغ خدمت (ريال)** |
| 1- آموزش سیستم عامل لینوکس  |  | =...........................(ساعت) × 1.000,000 |
| 2- آموزش آنالیز داده های حاصل از توالی یابی ژنوم باکتری  |  | =......................... (ساعت) × 1,500,000 |
| 7-مشاوره  |  | =...........................(تعداد دفعات موردنیاز) × 1.000,000 |
| \* کلاس های آموزشی به صورت تئوری و عملی همراه با تمرین کلیه مباحت توسط متقاضی می باشد.\* استفاده از هر دوره آموزشی پس از پرداخت هزینه و مطابق برنامه زمانی توافق شده امکان پذیر انجام خواهد بود. باتشکر |
| توضیحات متقاضی: 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 مسئول فنی:توضیحات:  | 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 |
| 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  |
| كد فرم F-404-GCS-18 | شماره بازنگري: **03** |