|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | فرم سفارش خدمات آنالیز داخل کشور **آنالیز الیپسومتری** | **شماره سفارش:**  (ثبت شده درسایت) |
| **شماره پیگیری:**  (تراکنش پرداختی) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **مشخصات متقاضی** | | | |
| نام و نام خانوادگی: | کدملی : | تلفن همراه: | تلفن ثابت: |
| نام شرکت/‌‌سازمان/دانشگاه: | | پست الکترونیک: | |
| آدرس : | | | کدپستی: |

\*\*در صورتی که درخواست کننده حقوقی می‌باشد، علاوه بر نام شخص حقوقی، نام نماینده نیز ذکر شود.

|  |  |
| --- | --- |
| **مشخصات نمونه** | |
| شماره بندی نمونه ها |  |
| ابعاد نمونه ها |  |
| جنس لایه |  |
| تعداد لایه ها |  |
| \*لطفا با مشخص کردن شماره نمونه | |

|  |  |
| --- | --- |
| **نوع خدمات در خواستی** | |
| شرح درخواستی بابت نمونه‌هایی که بایستی از آنها آنالیز **الیپسومتری** گرفته شود. | (متن مورد نظر ) |
| ارسال تصویر نمونه |  |
| \*لطفا با مشخص کردن شماره نمونه | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **شرایط نگهداری نمونه** | | | | | | | | |
| شرایط نگهداری | نامعلوم | | حساس به نور | | حساس به رطوبت | | حساس به دما  (نگهداری در یخچال) | |
| ایمنی | نامعلوم | فرار | | قابل اشتعال | اکسنده | محرک دستگاه تنفسی | | خورنده |
| \*(هرگونه شرایط نظیر تاثیر رطوبت/ هوا/ گازها و... روی نمونه‌ی خود را ذکر نمایید.)  \*متقاضی متعهد می گردد که نمونه رادیواکتیو، سمی و انفجاری نمی باشد. | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | فرم سفارش خدمات آنالیز داخل کشور  **ضخامت سنجی با دستگاه پروفیلومتر** | **شماره سفارش:**  (ثبت شده درسایت) |
| **شماره پیگیری:**  (تراکنش پرداختی) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | فرم سفارش خدمات آنالیز داخل کشور  **آنالیز الیپسومتری** | **شماره سفارش:**  (ثبت شده درسایت) |
| **شماره پیگیری:**  (تراکنش پرداختی) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **اعمال تخفیف نانو** | | |
| **در صورت داشتن گرنت نانو مشخصات مربوط به شخص دارای گرنت نانو در این قسمت تکمیل شود.** | نام و نام خانوادگی: | کدملی: |
| میزان درصد تخفیف: | نامه معرفی:  نامه معرفی خطاب به آزمایشگاه و کپی کارت ملی به پیوست ارسال گردد. |

|  |
| --- |
| **اطلاعات آنالیز** |
| اینجانب ........................................................صحت موارد بالا را تایید نموده و با امضای این فرم موافقت خود را با ارسال الکترونیکی نتایج و امحا نمونه بعد از انجام آنالیز اعلام می‌دارم.  **نام و نام خانوادگی: تاریخ: امضا:** |

|  |
| --- |
| **آدرس ارسال نمونه** |
| **تهران-صندوق پستی 316-13445منطقه 13پستی به نام خانم فرهنگ آذر(حتماً این عبارت روی پاکت درج شود).**  **تحویل حضوری نمونه تنها در موارد خاص و با هماهنگی قبلی انجام می‌شود.**  **شماره تماس هماهنگی: 02188000873 – 09335027837 شماره تلگرام: 09224350439** |