



فرم درخواست آزمایش XRF

تاریخ پذیرش:

نام و نام خانوادگی:

نحوه آشنایی با آزمایشگاه:

نام دانشگاه/ شرکت:

کدملی:

پست الکترونیکی:

تلفن همراه:

آدرس:

مشخصات نمونه ارسالی

ردیف	نام نمونه	عناصر احتمالی موجود در نمونه	نمونه طبیعی یا سنتزی	نمونه معدنی یا آلی	آیا عناصر خارج از سدیم تا اورانیوم H-Li-Be-B-C-N-F دارد؟	ترکیبات سمی و زیان آور برای سلامتی وجود دارد؟	توضیحات
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							

شرایط نگهداری (در صورت وجود)

حساس به نور حساس به رطوبت نگهداری در اتمسفر خاص (ذکر نوع اتمسفر.....)

نگهداری در دمای پایین (ذکر دمای مدنظر.....)

ایمنی

سمی فرار قابل اشتعال محرک دستگاه تنفسی قابل جذب از طریق پوست نانو سایز بیماری زا ندارد

در صورت داشتن Material Safety Data Sheet (MSDS) در هر یک از موارد ارسال گردد، در غیر اینصورت اقدامات ایمنی لازم در هنگام کار با ماده مورد نظر بیان گردد:

****توضیحات****

- از پذیرش نمونه های مایع معذوریم، حداقل مقدار وزنی جهت نمونه های پودری ۳ تا ۵ گرم می باشد، نمونه برداری باید توسط خود متقاضی انجام پذیرد.
- نمونه های پودری در ظرف های نمونه مناسب قرار داده شود. برای نمونه های قطعه نازک یا لایه نازک حتما پشت نمونه را با یک علامت X مشخص نماید.
- متقاضی متعهد می گردد که نمونه رادیو اکتیو و انفجاری نمی باشد در غیر این صورت هر گونه خسارت جانی و مالی بر عهده متقاضی خواهد بود.
- در صورت بروز هر گونه مشکل ناشی از عدم صحت موارد فوق خسارت ایجاد شده بر عهده مشتری می باشد.
- نمونه ها تا یک ماه پس از انجام آزمون نگهداری می گردند بعد از آن آزمایشگاه هیچگونه مسئولیتی در قبال نمونه ها ندارد.
- هزینه پست یا پیک جهت برگشت نمونه بر عهده مشتری می باشد.
- ارسال نمونه به آزمایشگاه و انجام آزمون، منوط به پرداخت نهایی وجه آزمون می باشد.
- در صورت بروز حوادث پیش بینی نشده یا سرویس و تعمیر دستگاه به زمان جوابدهی افزوده می شود.
- در صورتیکه تسویه حساب آنالیز انجام نشود، نگهداری نمونه های در یافتی حداکثر یک ماه می باشد و بعد از آن نمونه ها امحا خواهند شد .
- حداکثر مسئولیت مالی آزمایشگاه در قبال نگهداری از نمونه های تحویل گرفته شده به میزان هزینه آنالیز می باشد .

توضیحات متقاضی:

تاریخ و امضاء متقاضی

تاریخ واریز:		تعرفه آزمون		نظر مدیر فنی:		این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می گردد
ساعت واریز:		درصد:		پیش بینی تاریخ گزارش دهی نتایج:		
ریال		سهم شبکه آزمایشگاهی		تاریخ و امضاء:		
ID:		مبلغ قابل پرداخت				
تاریخ و امضاء:				نظر مدیر آزمایشگاه:		