|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| هیات علمی/ استاد راهنما □ دانشجو □ متقاضی خارج دانشگاه □ | | نام و نام خانوادگی: | **درخواست کننده** |
| استاد راهنما: | شماره تلفن: | کد ملی: |
| گروه و رشته تحصیلی: | نام مرکز: | متقاضی لبزنت: بله □ خیر □ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **تاریخ:** | **به نام خدا**  **فرم درخواست خدمات آزمایشگاه مرکزی دانشگاه** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تعداد نمونه: | نوع حلال: | | | | نوع نمونه: | | **GC-MS** | **خدمت درخواستی** |
| برنامه دمایی: | | | | | | |
| تعداد نمونه: | نوع حلال: | | | | نوع نمونه: | | **GC** |
| برنامه دمایی: | | | | | | |
| تعداد نمونه: | | | عنصر: | | | | **جذب اتمی** |
| تعداد نمونه: | | | عنصر: | | | | **CS** |
| تعداد نمونه: | | | نوع نمونه: | | | | **DSC** |
| تعداد نمونه : | | | نوع نمونه: | | | | **TGA** |
| تعداد نمونه : | | محل نگهداری: | | | | نوع گیاه: | **فتوسنتزمتر** |
| تعداد نمونه : | | محل نگهداری: | | | | نوع گیاه: | **فلوری متر** |
| تعداد افراد: | | | | مشخصات افراد: | | | **آنالیز حرکتی** |
| تعداد نمونه : | مدت زمان: | | | | پروب: 3 mm □ 7 mm □ | | **هموژنایزر التراسونیک** |
| برنامه کاری: | | | | | | |
| حمام التراسونیک □ شیکر اربیتالی □ پمپ خلأ □ هیتر مگنت دار □ ترازو □ pHمتر □ آون □ سانتریفیوژ □ کوره الکتریکی □ زمان مورد نیاز: تعداد نمونه:  آب دیونایز □ لیتر | | | | | | | **دستگاه­های دیگر** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| درخواست کننده: | فیش واریزی مطابق درخواست بالا و به شماره رهگیری به مبلغ ریال مطابق فاکتور صادره دریافت و ثبت شد. | **روند انجام** |
| کارشناس دستگاه: | انجام آزمون در تاریخ امکان پذیر است. |
| تحویل گیرنده آزمایش: | آزمون انجام و نتایج آن در تاریخ دریافت/ارسال شد. |

**لطفا قبل از درخواست و ارسال نمونه به موارد زیر توجه فرمایید:**

1. برای اطلاع از جزییات خدمات و تعرفه به وبسایت آزمایشگاه مرکزی به آدرس [https://cent-lab.basu.ac.ir](https://cent-lab.basu.ac.ir/) مراجعه نمایید.
2. حتما قبل از درخواست و ارسال نمونه جهت هماهنگی دستگاه و ثبت برنامه به آزمایشگاه مراجعه نمایید.
3. پذیرش نمونه فقط حضوری، با رعایت موارد ایمنی و در ساعات کاری آزمایشگاه صورت می گیرد.
4. لطفا هزینه خدمات را در سامانه پرداخت درآمدهاي دانشگاه pay.basu.ac.ir با شماره شناسه (4711188) (خدمات آزمایشگاهی و کارگاهی آزمایشگاه مرکزی دانشگاه بوعلی سینا) پرداخت و تصویر رسید پرداختی را به آدرسcent\_lab@basu.ac.ir ایمیل فرمایید.
5. قبل از درخواست استفاده از اعتبار لبزنت، از وجود اعتبار در کارتابل فرد یا استاد راهنمای درخواست دهنده مطمئن شوید.