



فرم شماره 1 درخواست انجام آزمون

پارک علم و فناوری استان آذربایجان شرقی
آزمایشگاه های خدمات تخصصی پارک

تکمیل توسط مشتری

نام و نام خانوادگی متقاضی:		نام شرکت / دانشگاه / پژوهشگاه:		نام دانشکده:	
معرفی نامه شرکت / نام استاد:		تاریخ درخواست: 13...../...../.....		تاریخ تحویل نمونه: 13...../...../.....	
نام آزمون درخواستی:		کد آزمون:	تعداد نمونه / آزمون:	شماره درخواست:	
پست الکترونیکی:		تلفن تماس:		تلفن همراه:	
آدرس:					
1- شرح نمونه و پارامترهای درخواستی (الزامات خاص مشتری)					
<p>ضمناً اظهار می نمایم که اطلاعات ایمنی نمونه خود را به طور کامل در اختیار آزمایشگاه های خدمات تخصصی پارک قراردادده و متعهد می شوم در صورتی که نمونه اینجانب / شرکت باعث یا سبب بروز خسارت یا صدمه ای به دستگاه ها و یا به کارشناسان آزمایشگاه شود. خسارت کامل آن را از بعد مسئولیت مدنی و مسئولیت کیفری احتمالی برابر با نظر کارشناسی پارک پرداخت نمایم.</p> <p>نام متقاضی: _____ نام مسئول مجاز متقاضی / شرکت: _____ تاریخ و امضاء 13...../...../..... تاریخ و امضاء 13...../...../.....</p>					
تکمیل توسط اداره خدمات فنی و تخصصی		<p>2- آزمایشگاه: _____ مسئول انجام آزمون: _____ تاریخ تحویل جواب (توافقی): 13...../...../..... تاریخ تحویل جواب: 13...../...../.....</p> <p>امکان پذیری انجام آزمون: <input type="checkbox"/> ممکن می باشد <input type="checkbox"/> ممکن نمی باشد</p> <p>دلایل عدم انجام آزمون / تحویل به موقع جواب: _____</p> <p>تایید مسئول آزمایشگاه: _____ امضاء و تاریخ: 13...../...../.....</p>			
رئیس اداره خدمات فنی تخصصی:		انجام آزمون مورد تایید است <input type="checkbox"/> نیست <input type="checkbox"/>			
امضاء و تاریخ: 13...../...../.....		انجام آزمون مورد تایید است <input type="checkbox"/> نیست <input type="checkbox"/>			
معاون فناوری و نوآوری:		امضاء و تاریخ: 13...../...../.....			
مستری تایید		گزارش کامل آزمون از آزمایشگاه دریافت گردید.			
توجه: نمونه های آزمون شده به مدت یک ماه در آزمایشگاه نگهداری می شوند.		نام و نام خانوادگی دریافت کننده جواب: _____ تاریخ و امضاء 13...../...../.....			
کد فرم:		بازنگری: 00			

بزرگه رسید درخواست

نام آزمون:	کد آزمون:	تعداد نمونه:	شرح نمونه:
تاریخ دریافت نمونه: 13...../...../.....	تاریخ ارائه گزارش / نتیجه: 13...../...../.....	نام و نام خانوادگی مسئول انجام آزمون:	نام و نام خانوادگی مسئول انجام آزمون:
شماره درخواست:	هزینه آزمون: _____ ریال	تاریخ و امضاء: 13...../...../.....	تاریخ و امضاء: 13...../...../.....
تایید رئیس اداره خدمات تخصصی:	تلفن تماس دفتر اداره خدمات تخصصی: 0411-3352261 داخلی 319		



فرم شماره 1 درخواست انجام آزمون

پارک علم و فناوری استان آذربایجان شرقی
آزمایشگاه های خدمات تخصصی پارک

توضیحات: