

بسمه تعالی

تاریخ:

پیوست:

شماره:


فرم درخواست استفاده از خدمات و امکانات آزمایشگاه جامع تحقیقات


اینجانب عضو هیأت علمی / دانشجوی دانشگاه / مرکز تحقیقات به کد ملی در راستای اجرای پروژه / پایان نامه / طرح تحقیقاتی خود با عنوان متقاضی استفاده از تجهیزات مستقر در آزمایشگاه جامع تحقیقات علوم پزشکی اردبیل هستم و متعهد می شوم که کلیه موارد ذکر شده در تعهدنامه پیوستی را به دقت اجرا کنم و از انجام کلیه فعالیت های متفرقه بدون هماهنگی مسئول آزمایشگاه خودداری کنم.

ردیف	نام دستگاه (تجهیزات)	زمان استفاده به ازای هر نمونه	ویژگی نمونه / شرایط بهره داری

توضیحات:

- تجهیزات مورد استفاده در آزمایشگاه جامع به طور دقیق ذکر شود.
- مدت زمان مورد نیاز برای استفاده از تجهیزات و کار در آزمایشگاه جامع به طور دقیق ذکر شود (این زمان معادل مدت مجوز تردد فرد در آزمایشگاه جامع است).

آدرس آزمایشگاه: اردبیل، شهرک کارشناسان، فاز ۳، میدان ولیعصر، درمانگاه امام علی (ع)، طبقات دوم و سوم 

شماره تماس: ۰۴۵۳۳۷۵۱۱۳۰ 

۳) جهت اطلاع از لیست تعرفه های خدمات دستگاهی به وب سایت آزمایشگاه جامع علوم پزشکی اردبیل به آدرس <https://arums.ac.ir/lab/fa> مراجعه بفرمایید.

۴) به منظور دریافت خدمات دستگاهی لطفا فرم تکمیل شده را به همراه فیش واریز به کارشناس مربوطه تحویل دهید.

۵) شماره حساب جهت واریز هزینه:

عنوان حساب	شماره حساب نزد بانک	شناسه واریز
درآمد معاونت آموزشی	۴۰۰۱۰۸۵۸۰۳۰۲۲۵۰۰	۳۳۳۰۸۵۸۷۵۱۲۵۸۰۰۰۰۶۰۰۵۹۰۰۰۰۰۰۰۰

نام و نام خانوادگی

تاریخ

امضاء

نظر ریاست آزمایشگاه

.....

.....

.....


.....

.....

نام و نام خانوادگی

تاریخ

امضاء

آدرس آزمایشگاه: اردبیل، شهرک کارشناسان، فاز ۳، میدان ولیعصر، درمانگاه امام علی (ع)، طبقات دوم و سوم 

شماره تماس: ۰۴۵۳۳۷۵۱۱۳۰ 