

## بسمه تعالی

تاریخ:

پیوست:

شماره:

### فرم درخواست انجام آنالیز و تست در 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 انجام آنالیز/تست با مشخصات زیر در آزمایشگاه جامع تحقیقات علوم پزشکی اردبیل هستم و متعهد می شوم که کلیه موارد ذکر شده در این فرم را به دقت اجرا کنم.

مشخصات متقاضی آنالیز آزمایشگاهی		
نام متقاضی:	کد ملی:	نام استاد راهنما:
رشته تحصیلی:	ایمیل:	شماره تماس:
مشخصات نمونه		
تاریخ تحویل نمونه:	تعداد نمونه:	اطلاعات نمونه:
مقدار و شرایط نمونه برای آنالیز:		
نوع آزمون های درخواستی:		
دستگاه های مورد نیاز:	عودت باقیمانده نمونه: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
لطفا توضیحات مورد نیاز جهت آنالیز را بیان نمایید:		

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

شماره تماس: ۰۴۵۳۳۷۵۱۱۳۰

توجه:

۱. هماهنگی و تعیین وقت قبلی با اپراتور دستگاه، جهت تحویل نمونه و انجام و دریافت نتیجه آزمون الزامی است.
۲. آماده سازی نمونه به عهده متقاضی می باشد.
۳. داده های در سیستم آزمایشگاهی تا شش ماه پس از انجام آنالیز محفوظ خواهد بود. در صورت نیاز و مطالبه داده بعد از این مدت، آزمایشگاه مسئولیتی نخواهد داشت.
۴. 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.
۵. به منظور دریافت خدمات دستگاهی لطفا فرم تکمیل شده را به همراه فیش واریز به کارشناس مربوطه تحویل دهید.
۶. 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 