تاریخ:

پیوست:

شماره:

بسمه تعالی

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 و این فرم را به دقت اجرا کنم و از انجام کلیه فعالیت های متفرقه بدون هماهنگی مسئول آزمایشگاه خودداری کنم.

نام و نام خانوادگی .....

تاریخ .....

امضاء

ردیف	نام دستگاه (تجهیزات)	زمان استفاده به ازای هر نمونه	هزینه نهایی به ریال
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			
۷			
	مبلغ نهایی قابل پرداخت		ریال

توضیحات:

۱) تجهیزات مورد استفاده در آزمایشگاه جامع به طور دقیق ذکر شود.

۲) 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).

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	دانشگاه علوم پزشکی اردبیل- معاونت تحقیقات و فن‌آوری
شماره حساب	۴۰۰۱۰۸۵۸۰۳۰۲۲۵۰۰
شماره شبا	IR ۹۰۰۱۰۰۰۰
شناسه واریز	۳۰۶۰۸۵۸۷۵۱۲۵۸۰۰۰۰۶۰۰۵۱۱۲۰۰۰۰۰۰

نام و نام خانوادگی .....

تاریخ .....

امضاء

دستور ریاست آزمایشگاه

.....

.....

.....

.....

.....

نام و نام خانوادگی .....

تاریخ .....

امضاء