تاریخ:

پیوست:

شماره:

بسمه تعالی

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 درتعهدنامه پیوستی و این فرم را به دقت اجرا کنم.

نام، نام خانوادگی:

تاریخ:

امضاء

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 □ خیر □	
لطفا توضیحات مورد نیاز جهت آنالیز را بیان نمایید:		

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 در صورت امکان 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	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