|  |
| --- |
| **مشخصات شخص حقیقی (تکمیل کلیه موارد الزامی بوده و در صورت تکمیل نبودن، پذیرش نمونه انجام نمی­گردد)** |
| **نام و نام خانوادگی:** |
| **نام شرکت/ سازمان/ دانشگاه:** |
| **کدملی/ شناسه ملی شرکت یا سازمان:** | **شماره همراه:** |
| **تلفن ثابت:** | **Email:** |
| **آدرس دقیق پستی:** | **تاریخ تحویل نمونه:** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **مشخصات نمونه: (در صورت تکمیل نبودن مشخصات نمونه توسط متقاضی، نمونه به آزمایشگاه ارسال نمی­گردد)** |
| ردیف | عنوان نمونه | عنوان آزمون | تعداد نمونه | سمیت خورندگی محرک دستگاه تنفسی کاهش سطح هوشیاری پرتوزایی بیماری زا قابل اشتعال فراریت**اینجانب کلیه مخاطرات قید شده در بند فوق را اعلام نموده و مسئولیت آن را می­پذیرم.****باقی ماندۀ نمونه پس از انجام آزمون عودت شود □****در صورتی که گزینه بالا انتخاب نشود، نمونه 10 روز پس از انجام آزمون امحا خواهد شد.** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
|  | توضیحات تکمیلی: همۀ آزمون ها مطابق با روش استاندارد یا رایج تعیین شده از طرف مرکز تحقیقات انجام می شود که در سامانه (http://ww.cammb.ir/) در دسترس است. تقاضای انجام آزمایش با پروتکل جدید و یا درخواست هر گونه تغییر در روش کار از طرف متقاضی، ابتدا باید مورد تایید مرکز قرار بگیرد و جزئیات اعلام نشدۀ آزمایش، به صلاحدید آزمایشگاه انجام می پذیرد. به جز صحت و درستی آزمایش، آزمایشگاه مسئولیتی در قبال نتیجۀ آزمایش ها ندارد. .  |

|  |
| --- |
| **تذکر:** در صورت بروز هرگونه مشکل ناشی از عدم صحت موارد فوق خسارت ایجاد شده بر عهده متقاضی می باشد.  |
| اینجانب ............................... ضمن تایید همه مطالب مندرج در این فرم و شرایط بیان شده از سوی آزمایشگاه ، مبلغ ............................................ ریال در تاریخ .............................. بابت انجام خدمات....................................با کد رهگیری ........................... از طریق درگاه پرداخت دانشگاه الزهرا به مرکز تحقیقات CAMB واریز نمودم. نام و نام خانوادگی و امضا درخواست کننده   |

تهران، خیابان ده ونک، دانشگاه الزهرا(س)، درب شرقی، مجموعه آزمایشگاه های دکتر سپهر. آزمایشگاه خدماتی مرکز تحقیقات کد پستی: 1993893973