**بسمه تعالی**

**فرم درخواست استفاده از امکانات آزمایشگاهی**

**برون دانشگاهی(مراکز و ارگان‌های خارج از دانشگاه علم و فناوری مازندران)**

**دانشگاه علم و فناوری مازندران**

**رییس محترم آزمایشگاه مرکزی دانشگاه علم و فناوری مازندران**

**با سلام و احترام،**

خواهشمند است امکان استفاده از دستگاه‌های آزمایشگاهی آن مرکز به شرح زیر برای اینجانب در بازه زمانی .........................(لطفا در مشخص نمودن زمان حضور دقت کافی انجام شود، تمدید زمان درخواستی ممکن است میسر نباشد) فراهم شود. لازم به ذکر است با آگاهی کامل نسبت به تعرفه آنالیزها و همچنین مشخص بودن تعداد نمونه، این فرم را تکمیل نموده و تمامی هزینه‌های مربوطه بر عهده اینجانب است.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف**  | **آزمایش مورد نظر** | **تعداد نمونه**  | **نحوه نگهداری** | **هزینه آزمایش(بدون تخفیف )** | **هزینه آزمایش (با تخفیف)** |
| **1****2****3****4****5** |  |  |  |  |  |

**مشخصات متقاضی**

**نام و نام خانوادگی متقاضی....................................................................... شماره ملی..................................................................................................**

**دانشگاه/ سازمان محل خدمت................................................................. استاد راهنمای مربوطه...............................................................................**

**شماره تماس............................................................................................. شماره تماس استاد راهنما..........................................................................**

**ایمیل متقاضی....................................................................**

**تاریخ و امضا**

**توجه: هزینه آزمایش‌ها توسط آزمایشگاه تعیین می‌شود و مبلغ تعیین شده باید پیش از شروع آزمایش به حساب به نام در آمدهای پژوهشی آزمایشگاه علم و فناوری مازندران واریز و فیش آن تحویل مرکز گردد.**

شرح هزینه استفاده از خدمات آزمایشگاه مرکزی

|  |  |
| --- | --- |
| نوع خدمات | مبلغ به ریال |
| جمع کل هزینه‌‌ها |  |
| جمع کل پرداختی | به عدد ریالبه حروف ریال |

جناب آقای/ خانم .....................................................

با سلام و احترام

خواهشمند است مبلغ....................................... به شماره حساب 4001020103018296 بانک ملی با شناسه واریز 383020153123007001400355567402 به نام تمرکز وجوه درآمد اختصاصی دانشگاه علم و فناوری مازندران واریز شود.

رییس آزمایشگاه مرکزی امضا و تاریخ