**شماره:**

**تاریخ:   
 فرم درخواست خدمات آزمایشگاهی- موسسات حقوقی/ اشخاص حقیقی**

**نام گروه:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **مشخصات عمومی(در صورت تکمیل نبودن مشخصات متقاضی، پذیرش نمونه انجام نمی گردد)** | | |
| **نام و نام خانوادگی** |  |  |
| **نام شرکت/سازمان/دانشگاه:** |  |  |
| **کدملی/شناسه/شماره ثبت:** | **کد اقتصادی:** | **شماره همراه:** |
| **شماره تماس:** | **آدرس الکترونیکی:** |  |
| **آدرس دقیق پستی:** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نوع درخواست(در صورت تکمیل نبودن مشخصات متقاضی، پذیرش نمونه انجام نمی گردد)** | | |
| **عنوان خدمت** | **شرح خدمات** | **توضیحات** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **مشخصات نمونه(در صورت تکمیل نبودن مشخصات متقاضی، پذیرش نمونه انجام نمی­گردد)** | | | |
|  | **عنوان نمونه** | **تعداد نمونه** | **سمیت□ خورندگی □ محرک دستگاه□ تنفسی□ کاهش سطح هوشیاری□**  **پرتوزایی□ قابلیت اشتعال□ فراریت□**  اینجانب مسئولیت کلیه عواقب ناشی از خطرات نمونه قید شده را در بند فوق می­پذیرم |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| تاریخ تکمیل | نام و امضاء درخواست کننده | تأیید آزمایشگاه |

این قسمت توسط واحد ویژه پرشود.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| هزینه آزمون | فیش پرداختی | تاریخ پرداخت | تأیید مدیر خدمات تخصصی |
|  |  |  |  |