|  |
| --- |
| **نام شخص/شرکت/دانشگاه:****کد ملی/اقتصادی:****تلفن دانشگاه/شرکت:** |
| **نوع نمونه:**شیمیایی□ گیاهی□ فرآورده غذایی□ دارویی□توضیحات نمونه شامل دمای تخریب، دمای ذوب، حلال مورد نظر...: |
| **نوع آزمون یا دستگاه:**توضیحات آزمون: |
| **نحوه ارسال نمونه:**حضوری□ تاریخ مراجعه: پست□ تاریخ ارسال:آیا باقیمانده نمونه بعد آزمون دور ریخته شود؟ |
| **نحوه ارسال نتایج:**حضوری □ پست □ پست الکترونیکی□ آدرس پست الکترونیکی:  |
| **شماره تماس:****آدرس:** |
| در راستای انجام آزمون پژوهشی، با توجه به موارد ذکر شده، موافقت خود را اعلام می دارم.نام ونام خانوادگی: تاریخ:...../....../..... امضاء: |