|  |
| --- |
| **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: |