|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\admin\Desktop\آزمایشگاه\LOGO\LOGO.jpg | **درخواست استفاده از دستگاه**  **Real time PCR** | **آزمایشگاه مرکزی دستگاهی** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| مشخصات متقاضی | |  |  |  | | --- | --- | --- | | نام و نام خانوادگی: | امضای استاد راهنما:  مخصوص دانشگاه تهران | محل الحاق فیش واریزی: | | کدملی:  شماره تماس:  رشته تحصیلی:  ایمیل: |  |  | | نام استاد راهنما: |  |  | | نام دانشگاه/دانشکده/موسسه: |  |  | | تاریخ تحویل نمونه: |  |  | | | | | |
| تعرفه و تخفیف | تعرفه آزاد: | تعداد | تخفیف دانشگاه تهران | تعرفه پرداختی | میزان استفاده از اعتبار |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| شرایط  نمومه | **جهت ارائه بهتر خدمات، خواهشمندیم موارد زیر را مد نظر داشته باشید:**  **لطفا:**   * حداقل 48 ساعت قبل از رزرو نبودن دستگاه اطمینان حاصل نمایید. * تعداد دفعات استفاده از دستگاه در روز یک الی دوبار است. * جهت دریافت نتایج CD خام به همراه داشته باشید. |

محل تحویل نمونه ها: میدان انقلاب- خیابان قدس – کوچه شفیعی- پلاک 13- طبقه همکف- آزمایشگاه آموزشی- خانم ملکوتی نژاد

شماره تماس: 61113554 داخلی 115-خانم ملکوتی نژاد

تذکر: در صورت بروز هرگونه مشکل ناشی از عدم صحت موارد فوق خسارت ایجاد شده بر عهده متقاضی می باشد.

اینجانب ................................. همه مطالب مندرج در این فرم را به دقت خوانده و شرایط بیان شده از سوی آزمایشگاه را قبول دارم.

امضا درخواست کننده: