

بسمه تعالی

فرم شماره ۱: درخواست انجام خدمات آزمایشگاهی

مشخصات متقاضی

نام و نام خانوادگی:	دانشگاه:	عضو هیأت علمی <input type="checkbox"/>	دانشجو <input type="checkbox"/>
---------------------	----------	--	---------------------------------

تلفن:	پست الکترونیک:
-------	----------------

آدرس:

نوع و تعداد خدمات:

توضیحات مورد نیاز روش انجام خدمات:

برآورد هزینه: مبلغ ریال بابت نمونه/ساعت آنالیز طبق آخرین تعرفه مصوب به شماره حساب ۲۱۷۷۳۳۳۷۰۱۰۰۰ بانک ملی در وجه تمرکز درآمدهای اختصاصی دانشگاه صنعتی کرمانشاه به شماره فیش مورخ واریز گردید.

۱. متقاضی: تاریخ و امضاء	۲. نام و امضاء مسئول آزمایشگاه: تاریخ و امضاء
-----------------------------	--

۳. نام و امضاء رئیس آزمایشگاه مرکزی: تاریخ و امضاء	۴. نام و امضاء ریاست دانشکده: تاریخ و امضاء
---	--

۵. نام و امضاء معاون پژوهشی دانشگاه: تاریخ و امضاء	۶. نام و امضاء معاون مالی دانشگاه: تاریخ و امضاء
---	---