|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ANALİZ TALEP EDENE AİT BİLGİLER \* | Ödeme Yetkilisinin Adı, Soyadı : Kurum/Üniversite-Bölüm :  | Adres : |
| Tel : E-posta :  |
| Analiz sonuçlarının kullanılma amacı : [ ]  Y. Lisans [ ]  Doktora [ ]  Proje [ ]  Danışmanlık [ ]  Diğer : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ÖDEMEBİLGİLERİ | Analiz ücretlerinin ödeneceği kaynak :[ ]  Kurum/Kuruluş [ ]  Özel Sektör [ ]  Proje [ ]  Bireysel (Güncel projesi olmayanlar)  |
|  **Proje Kaynağı** | **Proje No** | **Proje Başlangıç Tarihi** | **Proje Bitiş Tarihi** |
| [ ]  BAP |  |  |  |
| [ ]  TÜBİTAK |  |  |  |
| [ ]  Belirtiniz |  |  |  |
| FATURABİLGİLERİ | Fatura Düzenlenecek Kişi / Kurum Adı :Fatura Adresi :  |
| Vergi No : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | TC No:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vergi Dairesi :  |

|  |
| --- |
| * KTÜ Merkezi Araştırma Laboratuvarı Müdürlüğü’ne,

 \_\_\_\_adet numunenin SEM analizlerinin yapılarak SEM sonuçlarının aşağıdaki yöntemle tarafıma iletilmesini arz ederim.☐ Elden ☐ Kargo ☐ E-posta ☐ FTP * Numuneler içerisinde çevre, insan sağlığına veya cihaza zararlı etkisi olan madde [ ]  Vardır [ ]  Yoktur
* Zararlı etki türünü işaretleyiniz (radyoaktif numuneler kabul edilmemektedir) :

[ ]  Solunum [ ]  Deri [ ]  Göz [ ]  Diğer : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* SEM analiz sonuçlarını ayrıntılı ve onaylı yazılı rapor olarak istiyor musunuz? ☐ Evet (ek ücret gerekir) ☐ Hayır

**BU FORMDA BELİRTMİŞ OLDUĞUM BİLGİLERİN DOĞRULUĞUNU, “KTÜ-MERLAB ANALİZ HİZMETİ SÖZLEŞMESİ” HÜKÜMLERİNİ VE “NUMUNE KABUL KRİTERLERİNİ” KABUL ETTİĞİMİ BEYAN EDERİM.****ANALİZİ TALEP EDEN \*** *\* Ödeme yetkisi olan kişinin*  ADI-SOYADI İMZA **TARİH:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Talep Edilen Süre** |  …………. saat (10 adet ve üzeri numunelerde süre en az 2 saat olmalıdır) |

|  |
| --- |
| **Numunelerin özel saklama koşulları :** Var [ ]  Yok [ ] **Analizde kullanılan numunelerin iadesini :** İstiyorum [ ]  İstemiyorum [ ]  **Artan Numunenin İadesini** : İstiyorum [ ]  İstemiyorum [ ]  **NOT:** İadesini istediğiniz toz numuneler, analizden sonra getirildiği kaba aktarılacaktır.  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etiket No** | **Numune Adı / Kodu** | **Numune Cinsi**(Belirtiniz: İnorganik, Organik, Toz, İnce film, Bulk) | **EDS Talebi**(Evet / Hayır)  | **Au Kaplama Talebi**(Evet / Hayır) | **Açıklama** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |