***بسمه تعالی***

******

***بسمه تعالی تاریخ : ....................***

***شماره : ....................***

**فرم مخصوص آنالیز BET**

**جدول مشخصات متقاضی :**

|  |  |
| --- | --- |
| نام و نام خانوادگی : | دانشگاه محل تحصیل : |
| شماره تماس : | دانشکده : |
| آدرس پست الکترونیک : | رشته تحصیلی : |
| نحوه آشنایی با آزمایشگاه : سایت□ اساتید□ دوستان□ سایر□ | مقطع تحصیلی : |
| نشانی : | تاریخ و امضای متقاضی |

**جدول مشخصات نمونه : (حداقل وزن مورد نیاز نمونه جهت آنالیز، 15/0-1/0گرم می باشد.)**

|  |  |
| --- | --- |
| فرمول شیمیایی نمونه : | جنس نمونه : |
| دمای تخریب نمونه : | دمای پیشنهادی برای حرارت دهی فرایند Degas : |
| \* در صورتی که وزن نمونه کمتر از حداقل وزن مورد نیاز بود وزن نمونه را ذکر نمایید : ( گرم) | |
| سطح ویژه تقریبی : | در اثر حرارت گازی از نمونه متصاعد می شود؟ ترکیب شیمیایی گاز : |
| حلال نمونه (برای شستشوی ظروف) : | |

|  |
| --- |
| **نکات ایمنی :**  سمی□ فرار□ قابل اشتعال□ محرک دستگاه تنفسی□ نانو سایز□ قابل جذب از طریق پوست□ |
| در صورت داشتن MSDS (Material Safety Data Sheet) در هریک از موارد ارسال شود. در غیر اینصورت اقدامات ایمنی لازم در هنگام کار با ماده مورد نظر را ذکر فرمایید.  **\*\*متقاضی متعهد می شود که نمونه رادیواکتیو و انفجاری نیست. در صورت بروز هرگونه مشکل ناشی از عدم ارائه اطلاعات ایمنی نمونه، خسارت ایجاد شده بر عهده متقاضی می باشد.** |

**تاریخ و امضاء مسئول راهبری دستگاه**

* انجام آزمایش های درخواست شده منوط به پرداخت هزینه مربوطه به حساب شبای شماره **660100004001073903022968** بانک مرکزی با شناسه پرداخت **305073953119500001400264888203** به نام دانشگاه مازندران جهت انجام تست BET و ارائه اصل فیش می باشد.

**این قسمت باید توسط کارشناس مالی دانشکده تائید گردد.**

|  |
| --- |
| **پرداخت هزینه های آنالیز:**  **مطابق فیش پرداختی به شماره............................ مبلغ................................ریال بابت انجام آزمایش BET پرداخت گردید.** |