|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ÖDEME  BİLGİLERİ | 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 | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| FATURA BİLGİLERİ | 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** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |