الف)مشخصات سفارش دهنده

نام و نام خانوادگی : کدملی / کد اقتصادی : دانشکده /شرکت:

تلفن ثابت: تلفن همراه: ایمیل:

ب)مشخصات نمونه

تعداد: جنس نمونه (ها ): کد نمونه (ها) :

شرایط نگهداری حساس به رطوبت 🞏 حساس به نور 🞏 حساس به دما 🞏

ایمنی فرار 🞏 اشتعال پذیر 🞏 محرک تنفسی 🞏 محرک پوستی🞏

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام دستگاه  | زمان مورد استفاده | تعداد نمونه | واحد نمونه | هزینه هر واحد  | هزینه برآورد شده (ریال) |
|  |  |  |  |  |  |
| جمع کل |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نام ماده مصرفی | مقدارمورد نیاز ( گرم /سی سی) | هزینه هر واحد | هزینه برآورد شده به (ریال) |
|   |  |  |  |
| جمع کل |  |

در صورت بروز مشکل ناشی از عدم صحت درج موارد فوق ، خسارت ایجاد شده به عهده مشتری است .

 سفارش دهنده :

 امضاء و تاریخ:

**تسویه حساب :** **( شماره حساب 201775426 به نام معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز نزد بانک رفاه کارگران دانشگاه)**

**شماره شبا 560130100000000201775426 IR**

**شناسه پرداخت شرکتهای دانش بنیان**

**97052010213300009**

احتراما اعلام می دارم که خدمات مورد تقاضای اینجانب بصورت کامل صورت پذیرفته و هزینه آن به مبلغ

واریز نموده و رسید پرداخت با کد رهگیری به تاریخ را به پیوست تحویل داده ام .

 امضاء خدمات گیرنده

 تاریخ

تایید کارشناس مرکز تایید رییس مرکز رشد فناوریهای دارویی