

فرم شماره ۱: درخواست انجام خدمات آزمایشگاهی			
مشخصات متقاضی			
نام و نام خانوادگی:	دانشگاه:	عضو هیات علمی <input type="checkbox"/>	دانشجو <input type="checkbox"/>
تلفن:	پست الکترونیک:		
آدرس:			
نوع و تعداد خدمات:			
توضیحات مورد نیاز روش انجام خدمات:			
برآورد هزینه			
<p>مبلغ ریال بابت نمونه/ساعت آنالیز طبق آخرین تعرفه مصوب به شماره حساب ۴۰۰۱۰۹۳۸۰۳۰۲۲۲۰۷ بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران و شماره شبا ۴۰۰۱۰۹۳۸۰۳۰۲۲۲۰۷ IR۷۵۰۱۰۰۰۰۴۰۰۱۰۹۳۸۰۳۰۲۲۲۰۷ به نام تمرکز وجوه درآمد اختصاصی دانشگاه صنعتی کرمانشاه و با شناسه واریز سی رقمی ۳۷۶۰۹۳۸۵۶۱۲۷۳۰۰۰۰۱۴۰۰۳۱۷۲۰۱۴۰۲ به شماره فیش مورخ واریز گردید.</p>			
۱- متقاضی:	۲- نام و امضا مسئول آزمایشگاه:		
تاریخ و امضا	تاریخ و امضا		
۳- نام و امضا رئیس آزمایشگاه مرکزی:	۴- نام و امضا ریاست دانشکده:		
تاریخ و امضا	تاریخ و امضا		
۵- نام و امضا معاون پژوهشی دانشگاه:	۶- نام و امضا معاون مالی دانشگاه:		
تاریخ و امضا	تاریخ و امضا		