

| 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 | | |