

فرم درخواست خدمات آزمایشگاهی

نام و نام خانوادگی درخواست کننده:	کد ملی:	مشخصات درخواست کننده
آدرس:	تاریخ:	
تلفن ثابت:	تلفن همراه:	

شرح درخواست و توضیحات

عنوان خدمت	حجم و میزان خدمت (بر حسب ساعت، تعداد و ...)	بهاء خدمت (ریال) واحد (پایه)	بهاء خدمت (ریال) جمع کل
جمع کل بهاء خدمات ارائه شده			

<input type="checkbox"/> اندازه گیری کمی <input type="checkbox"/> شناسایی <input type="checkbox"/> تعیین محدوده	نوع اطلاعات مورد نیاز از آنالیز	<input type="checkbox"/> حضوری <input type="checkbox"/> سایر (قید شود):	نحوه دریافت نتیجه آنالیز
---	---	---	---------------------------------

سرپرست دفتر ارتباط با صنعت و جامعه	مسئول آزمایشگاه	درخواست کننده	تایید و امضا

نکات مهم:

- ۱- خدمت ارائه شده حداکثر یک هفته بعد از تاریخ اعلام نتیجه نگهداری می شود.
- ۲- نتایج بدون امضای مسئول و مهر آزمایشگاه فاقد اعتبار است.

اینجانب همه مطالب مندرج در این فرم را به دقت خوانده و شرایط بیان شده از سوی آزمایشگاه را قبول می نمایم.

امضاء درخواست کننده:

شماره شبنا نزد بانک مرکزی به نام درآمدهای دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی:

IR810100004001002503025824

شناسه واریز:

۳۰۱۰۰۲۵۷۹۱۲۴۱۱۱۰۰۱۸۱۷۱۲۱۰۰۱۰۱۰