|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ANALİZ TALEP EDENE  AİT BİLGİLER | Başvuranın Adı, Soyadı :  Kurum/Üniversite-Bölüm : | | | | | | | | | | | | | Adres : | | | | | | | | | | |
| Tel :  E-posta : | | | | | | | | | | | | |
| Analiz sonuçlarının kullanım amacı :  ☐ Y. Lisans ☐ Doktora ☐ Proje ☐ Danışmanlık ☐ Diğer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ÖDEME  BİLGİLERİ | Lütfen ödeme şeklini belirtiniz :  ☐ Bireysel ☐ Proje ( ☐ BAP-No:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐ TÜBİTAK-No:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  ☐ Özel Sektör ☐ Kamu ☐ Protokol ☐ Diğer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FATURA BİLGİLERİ | Fatura Düzenlenecek Kişi / Kurum Adı :  Proje No (Varsa) :  Fatura Adresi : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Vergi No : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | TC No: |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vergi Dairesi : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| * KMÜ Bilimsel Ve Teknolojik Araştırmalar Uygulama Ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü’ne,   ..............adet numunenin analizleri yapılarak SEM sonuçlarının tarafıma ☐ Elden ☐ Kargo ☐ e-posta ile  iletilmesini arz ederim.   * 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **BU FORMDA BELİRTMİŞ OLDUĞUM BİLGİLERİN DOĞRULUĞUNU, KMÜ ANALİZ HİZMETİ SÖZLEŞMESİ HÜKÜMLERİNİ VE NUMUNE KABUL KRİTERLERİNİ KABUL ETTİĞİMİ BEYAN EDERİM.**  **ANALİZ TALEP EDENİN**  ADI-SOYADI İMZASI **TARİH:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Talep Edilen Süre** | …………. saat |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etiket No** | **Numune adı / Kodu** | **Numune Cinsi** Belirtiniz İnorganik, Organik, Toz, İnce film, Bulk | **EDS Talebi**  ( Evet / Hayır ) | **AU Kaplama  Talebi** ( Evet / Hayır ) | **Açıklama**  (KV değeri , fotoğraf yaklaşma boyutu nanometre – mikron cinsinden , fotoğraf adeti) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Numunelerin özel saklama koşulları :** Var ☐ Yok ☐  **Analizde kullanılan numunelerin iadesini (toz hariç)**  İstiyorum ☐ İstemiyorum ☐  Artan Numunenin İadesini İstiyorum ☐ İstemiyorum ☐ |