|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ANALİZ TALEP EDENE  AİT BİLGİLER | Başvuranın Adı, Soyadı :  Kurum/Üniversite-Bölüm : | | | | | | | | | | | | | Adres : | | | | | | | | | | |
| Tel :  E-posta : | | | | | | | | | | | | |
| Analiz sonuçlarının kullanım amacı :  ☐ Yüksek 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 XRD 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:** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etiket No** | **Numune Adı** | **Numune Şekli**  (Belirtiniz:  Toz, Bulk, Diğer) | **Tarama Aralığı (derece)** | **Tarama Hızı (derece/dakika)** | **Numune İçeriği  (Element, bileşik veya mineral olarak detaylı bir şekilde bahsedilmelidir)** |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |
|  |  |  | ……. - ……. |  |  |

|  |
| --- |
| **Numunelerin özel saklama koşulları :** Var ☐ Yok ☐  **Analizde kullanılan numunelerin iadesini**  İstiyorum ☐ İstemiyorum ☐  NOT: İade istediğiniz toz numuneler analizden sonra, getirildiği kaba geri aktarılacaktır.  Artan Numunenin İadesini İstiyorum ☐ İstemiyorum ☐ |