



آزمایشگاه مشخصه یابی دانشکده فیزیک

| مشخصات متقاضی | | واحد معرفی کننده: |
|---------------------|----------------------------|---|
| نام و نام خانوادگی: | نام و امضاء استاد راهنما: | نام و امضای ریاست دانشکده: |
| مقطع تحصیلی: | | |
| شماره تماس: | | |
| آدرس ایمیل: | | |
| تاریخ تحویل نمونه: | تعداد نمونه: | |
| ریاست دانشکده فیزیک | مسئول آزمایشگاه مشخصه یابی | موارد فوق به دقت انجام گردید. |
| امضاء | امضاء | نام و نام خانوادگی: امضاء: تاریخ: |

-هزینه آزمایش برای هر نمونه مبلغ ۱۵۰/۰۰۰ ریال طبق تعرفه به حساب شماره ۲۱۷۸۶۳۲۹۸۸۰۰۲ به نام درآمدهای اختصاصی دانشگاه سمنان نزد بانک ملی پرداخت و فیش آن به مسئول آزمایشگاه تحویل گردد.

-دانشجویان دانشکده فیزیک از پرداخت هزینه معاف می باشند.

-دانشجویان دانشکده شیمی طبق توافق فی مابین از پرداخت هزینه معاف می باشند.

-انجام تست فقط در روزهای دوشنبه هر هفته انجام می گیرد.

-فایل اکسل تست انجام شده، به آدرس ایمیل متقاضی ارسال می گردد.