**مشخصات متقاضی**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگي/ شرکت: | نام سازمان: | کد ملی/ شناسه ملی: | تلفن تماس: |
| پست الکترونیک(ضروری): | معرف: | شماره طرح مصوب در پژوهشگاه: | تاریخ ارائه درخواست: |
| توضیحات: | | | |
| آدرس: | | | |

**مشخصات نمونه و خدمات درخواستی ( توجه: مشتری باید برای هر نمونه یک بارکد اختصاصی تعیین کرده و بر روی آن درج کند)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | بارکد | **نوع نمونه :** | | | **نوع خدمت درخواستی** | | | |
| **ژنوم استخراج شده:** | **باکتری یا قارچ کشت شده:** | **نمونه حاوی باکتری یا قارچ** | **استخراج ژنوم** | **توالی یابی نسل جدید** | **تعیین جنس و گونه مبتنی بر PCR** | **آنالیز بیماریزایی** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**شرایط نگهداری نمونه و الزامات در فرایند استخراج، توالی یابی ( درصورت نیاز توسط مشتری تکمیل گردد)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **بارکد** | **شرایط محیطی** | | | **گرم مثبت یا منفی** | | **هوازی یا غیر هوازی** | | **محیط کشت و سایر توضیحات و الزامات مورد نیاز** |
| **دما** | **رطوبت** | **نور** | **مثبت** | **منفی** | **هوازی** | **غیر هوازی** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**هزینه خدمات ( این قسمت توسط کارشناس تکمیل گردد. بعد ازتکمیل پیش فاکتور به مشتری ارسال گردد)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نوع خدمات | هزینه هر نمونه | تعداد نمونه | هزینه کل |
| 1 | استخراج ژنوم |  |  |  |
| 2 | تولی یابی نسل جدید کل ژنوم |  |  |  |
| 3 | تعیین جنس و گونه مبتنی بر PCR |  |  |  |
| 4 | آنالیز بیماریزایی |  |  |  |
| جمع کل | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مدیر خدمات تخصصی** | **هزینه انجام خدمات آزمایشگاهی :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **مجموع هزینه خدمات آزمایشگاهی (ریال):** | **کسر می شود** | | **مبلغ قابل پرداخت** (ریال) | | **تخفیف (ریال)** | **میزان حمایت (ریال)** | | 360.000.000 |  |  |  | | | | | |
| **مسئول فنی/ کارشناس** | امکان پذيري انجام آزمون: □ ممكن مي باشد □ ممكن نمي باشد  تاييد مسئول فنی:  توضیحات : | | شماره درخواست | | تاریخ جواب |
|  | |  |
| **امور مالی** | **پرداخت به حساب درآمدهای اختصاصی پژوهشگاه – خزانه داری کل:**  **ورود به وبگاه** [**https://nigeb.ac.ir/web/ap**](https://nigeb.ac.ir/web/ap) **و پرداخت هزینه آزمون** | **نحوه پرداخت هزینه:**  □ فیش/ تراکنش بانکی به  □ از بودجه طرح مصوب پژوهشگاه به ش: | | □ پرداخت به مبلغ: ریال  مورد تائید است.  تاریخ و امضاء کارشناس مالی | |
| خواهشمند است پس از دریافت گزارش آزمون نسبت به تکمیل "فرم نظرسنجی از مشتریان" اقدام و آنرا به آدرس فوق ایمیل نمائید. تلفن تماس: 44787477 ایمیل: [service@nigeb.ac.ir](mailto:service@nigeb.ac.ir) | | | | | |
| كد فرم: **F-404-ENP** | | شماره بازنگري: **02** | | | |