



BAŞVURU, NUMUNE KABUL VE İADE FORMU

Deney Talep Edenin		
İsim:		Tarih:
Firma/Kuruluş:		İmza:
Adres:		Fatura Adresi:
Vergi Dairesi:		Vergi No:
Telefon:		e-posta:
Deney Raporu Dili	<input type="checkbox"/> Türkçe	<input type="checkbox"/> İngilizce
Deney Raporu teslim şekli:	<input type="checkbox"/> elden	<input type="checkbox"/> kargo <input type="checkbox"/> e-posta <input type="checkbox"/> fax
Deney ve Numune Bilgileri		
<input type="checkbox"/> Fungus (MIL-STD-810G-CN 1, Method 508.7 Fungus) Lütfen tatbik edilmesini istediğiniz suşları seçiniz		
<input type="checkbox"/> Amerika Suşları: <i>Aspergillus flavus</i> , <i>Aspergillus versicolor</i> , <i>Penicillium funiculosum</i> , <i>Chaetomium globosum</i> , <i>Aspergillus brasiliensis</i> (<i>Aspergillus niger</i>)		
<input type="checkbox"/> Avrupa Suşları: <i>Aspergillus brasiliensis</i> (<i>Aspergillus niger</i>), <i>Aspergillus terreus</i> , <i>Paecilomyces variotii</i> , <i>Penicillium funiculosum</i> , <i>Penicillium ochro-chloron</i> , <i>Scopulariopsis brevicaulis</i> , <i>Trichoderma virens</i>		
<input type="checkbox"/> Tüm Suşlar: <i>Aspergillus flavus</i> , <i>Penicillium funiculosum</i> , <i>Trichoderma virens</i> , <i>Chaetomium globosum</i> , <i>Scopulariopsis brevicaulis</i> , <i>Aspergillus brasiliensis</i> (<i>Aspergillus niger</i>), <i>Aspergillus terreus</i> , <i>Aspergillus versicolor</i> , <i>Paecilomyces variotii</i> , <i>Penicillium ochro-chloron</i>		
<input type="checkbox"/> Opsiyonel olarak Amerika Suşları kullanılarak yürütülecek bir teste eklemek istediğiniz suşları seçiniz: <input type="checkbox"/> <i>Trichoderma virens</i> <input type="checkbox"/> <i>Scopulariopsis brevicaulis</i> <input type="checkbox"/> <i>Aspergillus terreus</i> <input type="checkbox"/> <i>Paecilomyces variotii</i> <input type="checkbox"/> <i>Penicillium ochro-chloron</i>		
<input type="checkbox"/> Fungus Direnci (ASTM G21-15) Bu test aşağıdaki suşlar ile yürütülmektedir <i>Aspergillus brasiliensis</i> (<i>Aspergillus niger</i>), <i>Penicillium funiculosum</i> , <i>Chaetomium globosum</i> , <i>Trichoderma virens</i> , <i>Aureobasidium pullulans</i>		
<input type="checkbox"/> Antibakteriyel Aktivite ve Etki (Japanese Industrial Standard (JIS) Z 2801:2012) Bu test aşağıdaki suşlar ile yürütülmektedir: <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Escherichia coli</i>		
<input type="checkbox"/> Hava Ekipmanları için Fungus Direnci (DO160-G Section 13.0) Bu test aşağıdaki suşlar ile yürütülmektedir <i>Aspergillus brasiliensis</i> (<i>Aspergillus niger</i>), <i>Aspergillus flavus</i> , <i>Aspergillus versicolor</i> , <i>Penicillium funiculosum</i> , <i>Chaetomium globosum</i>		
28 günden uzun inkübasyon talebi (ek ücrete tabidir):	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet: gün
Deneye gözlemci katılımı olacak mı? (ek ücrete tabidir)	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet: kişi
Şahit numune talebi (ek ücrete tabidir):	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet: ise koşulları görüşülecektir.
Numune Adedi:	Numune Saklama Koşulları (Aksi belirtilmedikçe oda koşullarında saklanır):	
Numune ile ilgili açıklamalar (Numuneleri mümkün olması halinde ayrı ayrı poşetlemenizi, numunelere vermek istediğiniz bir id, kod, vb varsa poşetin üstüne okunaklı bir şekilde yazmanızı rica ederiz. Numunelerin poşetlenmesi mümkün olmadığı durumlarda, numunenin üstüne direk işaretleme yapmanız gerekirse yumuşak uçlu bir kurşun kalem kullanınız): Ayrılan bölümün yeterli olmaması durumunda arkaya devam ediniz.		
Numunelerde ön temizleme talebi (ekstra ücrete tabidir):	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Numuneler testten sonra tarafınızdan	<input type="checkbox"/> Alınacaktır (ücrete tabidir)	<input type="checkbox"/> Alınmayacaktır
İade Edilen Numuneyi Teslim Alan:	İmza:	Tarih:

Bu form bilgi amaçlıdır, bağlayıcılığı yoktur. Bu formda belirtilen bilgiler baz alınarak gerçekleştirilecek test faaliyetleri ile ilgili bir teklif hazırlanarak tarafınıza iletilecektir.



BAŞVURU, NUMUNE KABUL VE İADE FORMU

Bu kısım NANObiz tarafından doldurulacaktır			
Teklif No:		Teslim alan	
Teslim eden/imza:		İmza:	
Teslim türü:	<input type="checkbox"/> Elden <input type="checkbox"/> Kargo <input type="checkbox"/> Diğer	Tarih:	
Numune Kabul:	<input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret (Nedeni: _____)		
Kabul edilmeyen Numuneyi Teslim Alan:	İmza:	Tarih:	
Numune Barkodu:			