|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VAKSİS ANALİZ İSTEK FORMU | | | | | | |
| Ad Soyad, Ünvan: | | | | | Tarih | |
| Tel: | | e-posta: | | | İmza: | |
| Adres: | | | | | | |
| RTE Üniversitesi  (Fakülte, Bölüm): | Diğer Üni.  (Fakülte, Bölüm): | | Kamu Kurumu: | | | Özel Kuruluş: |
| Analiz hangi amaç için yapılacaktır?  Yüksek Lisans  Doktora  Proje  Diğer (Belirtiniz :……………………………………………………..)  Yüksek Lisans ve Doktora tezleri kapsamında yapılacak analiz/deneylerde analiz istek formu tez yürütücüsü tarafından yazılmalıdır. | | | | | | |
| FATURA BİLGİLERİ (Varsa Proje Bilgileri) | | | | | | |
| İlgili Proje ve No: | | | | | Vergi Dairesi: | |
| Fatura Adresi: | | | | | Vergi No: | |
| NUMUNE ve ANALİZ BİLGİLERİ | | | | | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Numune Kodu** | Yapılacak analiz | Film Kalınlığı (µm) | Süre | Hedef malzeme, üretimi yaptıracak kişi tarafından temin edilir.  Kullanılacak sistemde hedef malzemenin eritildiği pota, üretimi talep eden kişiye aittir.  Film kaplaması yapılacak alttaş, üretimi yaptıracak kişi tarafından temin edilir.  Toksik malzemeler mutlaka belirtilmelidir.  Malzeme cinsi doğru olarak yazılmalıdır.  Fiyatlandırma sistem çalıştığı andan itibaren geçerlidir | |  | □ Termal Buharlaştırma  □ DC/RF Magnetron Sıçratma |  |  | |  | □ Termal Buharlaştırma  □ DC/RF Magnetron Sıçratma |  |  | |  | □ Termal Buharlaştırma  □ DC/RF Magnetron Sıçratma |  |  | |  | □ Termal Buharlaştırma  □ DC/RF Magnetron Sıçratma |  |  | |  | □ Termal Buharlaştırma  □ DC/RF Magnetron Sıçratma |  |  | |  | □ Termal Buharlaştırma  □ DC/RF Magnetron Sıçratma |  |  | | | | | | | |
| **Analiz Sonucu Gönderim Şekli:**  Posta/Kargo  E-posta  Elden Örnek geri isteniyor mu?  Evet  Hayır  (Posta/Kargo ile dataları içeren CD gönderilecektir.) Geri Alma şekli: Elden  Kargo | | | | | | |
| Açıklamalar | | | | | | |
| **RTEÜ-MERLAB TARAFINDAN DOLDURULACAK** | | | | | | |
| **Analizi Yapan:** | | | | **Onay** | | |
| **Örnek Geliş Tarihi:** | | | | **Analiz Tarihi:** | | |
| **Analiz Tutarı:** | | | | **Dekont Tarih/no:** | | |

TERMAL BUHARLAŞTIRMA İLE KAPLAMA CİHAZI SORUMLULUK BEYANI

Termal buharlaştırma ile kaplama cihazını kullanmaya başladığım tarih itibarı ile cihazda herhangi bir eksiklik veya arıza olmadığını ayrıca cihazı kullandığım süre içinde kullanıcı hatası sebebiyle meydana gelebilecek her tür kaza ve hasarda bütün sorumluluğun tarafıma ait olduğunu beyan ederim.

Ad, soyad

İmza

Tarih:

e-posta:

tel:

Laboratuvarımıza gelen talep üzerine yapılan değerlendirmede ilgili araştırmacının termal buharlaştırma ile kaplama cihazını ………..-………. tarihleri arasında ücreti karşılığında kullanması uygun görülmüştür.

Laboratuvar Müdürü

Doç. Dr. H.Türker AKÇAY