



بسمه تعالی

تاریخ:...../...../۱۳

مرکز تحقیقات سلولی و مولکولی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

Code:.....

### فرم تحویل نمونه

۱. نام و نام خانوادگی پژوهشگر / استاد / دانشجو :..... ۲. رشته تحصیلی :.....
۳. عنوان طرح:.....
۴. استاد راهنما: جناب آقای دکتر/سرکار خانم دکتر..... / ۵. مدت زمان اجرای طرح:.....
- ۶- تاریخ تحویل..... / ۷. تعداد نمونه ..... / ۸. شماره تلفن همراه:.....

### مشخصات نمونه های تحویلی به آزمایشگاه:

- DNA     RNA     CBC     stool     خلط     محیط کشت     بافت     سرم
- نگه داری بیش تر از یک ماه

### تعهدات متقاضی در قبال تحویل نمونه به مرکز تحقیقات سلولی و مولکولی



- ۱- تمام نمونه ها اعم از ( خون ، بافت سرم ، خلط stool ، DNA ، RNA ، CBC) باید دارای مشخصات فردی ( نام پژوهشگر / استاد / دانشجو) و نوع نمونه باشد.
  - ۲- تمام نمونه ها در باکس مربوط به نوع نمونه مانند (باکس ۱/۵ و.....) قرار گیرند .
  - ۳- از پذیرفتن و قرار دادن نمونه ها در پاکت های نایلونی زیپ دار در فریزر ها جلوگیری به عمل خواهد آمد.
  ۴. از نگه داری Product PCR در فریزر و یخچال های مرکز ممانعت بعمل خواهد آمد و در صورت مشاهده دور ریخته خواهد شد.
  - ۵- مدت زمان نگه داری نمونه ها در فریزر های مرکز از ابتدای شروع طرح تا پایان یافتن طرح خواهد بود.
  - ۶- بعد از پایان طرح مرکز تحقیقات سلولی و مولکولی نمونه ها را به مدت یک ماه در فریزر ها نگه داری خواهد کرد.
  - ۷- پس از پایان یک ماه نمونه به درخواست ( پژوهشگر / استاد / دانشجو ) یا دور ریخته و یا نگه داری خواهد شد.
  - ۸- مرکز تحقیقات سلولی و مولکولی مواردی که باعث ((خاموشی فریزر ها اعم از نوسانات برق ، افت دما، خاموشی و.....)) در قبال خراب شدن نمونه ها هیچ گونه مسئولیتی ندارد.
- \*برای نگه داری بیش از یک ماه (( به ازای هر ماه مبلغ ۵۰ هزار تومان به شماره حساب ۴۵۸۸۷۸۷۳۰ بانک تجارت واریز و فیش پرداختی به کارشناس مرکز تحقیقات تحویل داده شود)).

**مهم : چنانچه محقق بعد از پایان طرح برای دریافت نمونه های که به مرکز تحویل داده شده است مراجعه نکند و تعیین تکلیف ننماید مرکز نمونه های ( پژوهشگر / استاد / دانشجو ) را دور خواهد ریخت و مرکز در قبال نمونه های دور ریخته شده هیچ گونه مسئولیت ندارد**

➤ اینجانب ..... متقاضی تحویل نمونه به مرکز تحقیقات سلولی و مولکولی اجرای تعهدات فوق الذکر را می پذیرم.

تاریخ:

امضاء:

مسئول آزمایشگاه سلولی و مولکولی

درخواست و تعهدات فوق مورد تأیید میباشد