|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **HARRAN ÜNİVERSİTESİ**  **BİLİM ve TEKNOLOJİ ARAŞATIRMA MERKEZİ (HÜBTAM)**  Osmanbey Kampüsü 63300 ŞANLIURFA  (0414) 318 30 00 Dahili: 1255 [**http://hubtam.harran.edu.tr**](http://hubtam.harran.edu.tr) | | |  | |
| **MOLEKÜLER BİYOLOJİ LABORATUVARI CİHAZ KULLANIMI İSTEK FORMU** | | | | | | |
| **ANALİZ TALEP BİLGİLERİ** | | **Kişi Kurum Adı**  **Adres – Tel:**  **E-mail:**  **Tarih :**  **İmza:**  **Analiz Sonucu verilme şekli**  **□ Mail □ Cd □ Rapor** | | | **□ Üniversite**  **□ Kamu Kurum**  **□ Özel Sektör** | |
| **Projeden Ödenecekse Proje Numarası**  **Proje Yöneticisinin Adı-Soyadı, İmzası** | |
| **KULLANILMAK İSTENİLEN CİHAZLAR** | | ☐Mikroarray Temel Analiz Hizmeti ☐Gerçek Zamanlı PCR  ☐Elektroforez Sistemi  ☐ Klasik PCR  ☐Jel Görüntüleme Sistemi  ☐İzolasyon Cihazı  ☐Nanodrop  ☐Homojenizatörler  ☐ Diğer | | **Örnek/Kullanım Sayısı:**    **Not:** Cihaz sarfları ve kitleri kullanıcı tarafından karşılanacaktır | | |
| **NUMUNE KABUL** | | **Lab. Kayıt Numarası:**  **Geliş tarihi:**  **Analiz tutarı:** | | | **Örnek Adedi:**  **Örnek Etiket Nosu:** | |
| **ANALİZ BİLGİLERİ** | **Analizi Yapanın**  **Adı ve Soyadı :**  **Tarih:**  **İmza :** | | | | **Laboratuar Müdürünün imzası:** | |

**İki nüsha doldurunuz.**

* Analiz sonunda geri istenilen numunelerin analiz yapıldıktan sonra en geç 1 ay içinde alınması gerekmektedir.
* Zehirli ve sağlığa zararlı numuneler analiz istek formunda belirtilmelidir.