Formun ilgili kısmı imza ve kaşe, diğer sayfaları ise paraflanmış olarak

ANTİMİKROP AR-GE VE BİYOSİDAL ANALİZ MERKEZİ’ne postayla veya infoya mail olarak gönderilmelidir.

Gönderi ile ilgili olarak **0850 220 90 89** nolu numarayı arayabilirsiniz.

**Adres:** Nasuh Akar Mah. Süleyman Hacıabdullahoğlu Cad.No:37/1 Balgat – Çankaya / ANKARA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ***Sponsor Bilgisi*** | | | | | | | | | | | |
| Başvuran Kuruluş |  | | Ticari Ünvanı: | | | | | | | | |
| Adres: |  | | Fatura adresi: | | | | | | | | |
| Vergi Dairesi ve Vergi No: | | | | | | | | |
| İlgili Kişi: |  | | Telefon: | | | | E-Mail: | | | | |
| 1. **Analiz Türü ve Yöntem** | | | **Mikroorganizma, Süre ve Koşullar** | | | | | | | | |
| ***Bakterisidal***    *TS EN 13727+A2*    *TS EN 1276*  *TS EN 13697+A1*    *ISO 22196*  *HAVA DEZENFEKSİYON TESTİ* (*Modifiye ISO 16000-36/GB 21551)*  *ISO 20743*  *EN 17272:2020*    *Diğer (belirtiniz) ……………………* | | | *Bakteri* | | *P.aeruginosa ATCC 15442* | *S. aureus ATCC 6538* | | | | *E.coli K12 NCTC 10538* | *Diğer* |
| *E.hirae ATCC 10541* | *E.coli (ATCC 10536)* | | | | *B.subtilis NCTC 10400* |
| *Serratia*  *marcescens CIP A173* | *Staphylococcus albus(epidermidis) ATCC 13360* | | | | *E.coli (ATCC 8739)* |
| *Klebsiella pneumoniae ATCC 4352* | | | | |
| *MRSA ATCC 43300* | | | *VRE ATCC 51299* | |
| *Süre* | | *Belirtiniz (30 saniye, 1 dk, 5 dk, 10 dk gibi) ……………….……….* | | | | | | |
| *Sıcaklık* | | *200C Oda Isısı Diğer:……………………………………* | | | | | | |
| *Koşullar* | | *Temiz Şartlar Kirli Şartlar* | | | | | | |
| *Umumi/Kişisel Alan* | | | *Medikal Alan* | | | |
| ***Mikobakterisidal***  *TS EN 14348*  *Diğer (belirtiniz) ……………………* | | | *Mikobakteri* | | *M. avium ATCC 15769* | | | *M. terrae ATCC 15755* | | | |
| *Süre* | | *Belirtiniz (30 saniye, 1 dk, 5 dk, 10 dk gibi) ……………….……….* | | | | | | |
| *Sıcaklık* | | *200C Oda Isısı Diğer:……………………………………* | | | | | | |
| *Koşullar* | | *Temiz Şartlar Kirli Şartlar* | | | | | | |
| *Umumi/Kişisel Alan* | | | *Medikal Alan* | | | |
| ***Virusidal***  *TS EN 14476+A2*  *TS EN 16777*  *ISO 18184*  *ISO 21702*  *HAVA DEZENFEKSİYON TESTİ* (*Modifiye ISO 16000-36/GB 21551)*  *EN 17272:2020*  *Diğer (belirtiniz) ……………………* | | | *Virus* | | *Polio Tip 1* | *Adeno Tip 5* | | *M. Norovirus* | | | *Diğer:* |
| *Vaccinia (MVA)* |
| *COVID-19* | | |
| *Influenenza* | *Feline calicivirüs* | | | | |
| *Süre* | | *Belirtiniz (30 saniye, 1 dk, 5 dk, 10 dk gibi): ……………………* | | | | | | |
| *Sıcaklık* | | *200C Oda Isısı Diğer:……………………………………* | | | | | | |
| *Koşullar* | | *Temiz Şartlar Kirli Şartlar* | | | | | | |
| *Umumi/Kişisel Alan* | | | *Medikal Alan* | | | |
| ***Fungisidal***  *TS EN 13624*  *TS EN 13697*  *TS EN 1650*  *ISO 13629*  *Diğer (belirtiniz) ……………………* | | | *Fungus* | | *C. albicans A. brasiliensis Diğer:* | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |
| *Süre* | | *Belirtiniz (30 saniye, 1 dk, 5 dk, 10 dk gibi) ……………….……….* | | | | | | |
| *Sıcaklık* | | *200C Oda Isısı Diğer:……………………………………* | | | | | | |
| *Koşullar* | | *Temiz Şartlar Kirli Şartlar* | | | | | | |
| *Umumi/Kişisel Alan* | | | *Medikal Alan* | | | |
| ***Standart Dışı Analiz***  *Lütfen Yaptırmak İstediğiniz Analizi Açıklayınız:* | | | *P.aeruginosa ATCC 9027* | | | | | | | | |
| 1. ***Test ve Referans Madde Bilgisi* (Lütfen analiz talep ettiğiniz ürüne dair bilgileri yazınız)** | | | | | | | | | | | |
| *Çalışmanın Adı: (biyosidal test..)* | | | |  | | | | | | | |
| *Test Maddesinin Adı:* | | | |  | | | | | | | |
| *Test Maddesinin Seri Numarası:* | | | |  | | | | | | | |
| *Test Maddesinin Miktarı:* | | | |  | | | | | | | |
| *Test Maddesinin Ürün Tipi:* | | | |  | | | | | | | |
| *Test Maddesinin Ambalaj Şekli: (cam ,plastik..)* | | | |  | | | | | | | |
| *Test Maddesinin formu: (katı,sıvı..)* | | | |  | | | | | | | |
| *Test Maddesinin Formülasyon İçeriği:* | | | |  | | | | | | | |
| *Test Maddesinin Konsantrasyonu: (renk, yapı, miktar, dozaj, konsantrasyon, CAS no..)* | | | |  | | | | | | | |
| *Test Maddesi Karakterizasyonuna Ait Bilgiler:* | | | |  | | | | | | | |
| *Test Maddesinin Geliş Tarihi:* | | | |  | | | | | | | |
| *Şahit Test Ve Referans Madde Miktarı:* | | | |  | | | | | | | |
| *Saklama Koşulları: (4 0C,oda sıcaklığı..)* | | | |  | | | | | | | |
| *Referans Maddesinin Adı: (varsa)* | | | |  | | | | | | | |
| *Referans Maddesinin Miktarı: (varsa)* | | | |  | | | | | | | |
| *Referans Maddesinin Seri Numarası: (varsa)* | | | |  | | | | | | | |
| *Test Ve Referans Maddesinin Transferi: (oda koşulları, soğuk zincir..)* | | | |  | | | | | | | |
| *Taşıyıcı Maddeye İlişkin Bilgiler: (varsa)* | | | |  | | | | | | | |
| *Sponsorun Çalışmayı İzleme Durumu:* | | | | *İstiyorum □ İstemiyorum □* | | | | | | | |
| *Test Ve Referans Maddesinin Uygun Koşulda Gelmemesi Durumunda Yapılacaklar:* | | | |  | | | | | | | |
| *Artan Test Maddesine İlişkin Yapılacak İşlemler:* | | | | *İmha Edilsin □ Geri Gönderilsin □* | | | | | | | |
| *Test Maddesinin Arşivlenmesine İlişkin Bilgiler:* | | | |  | | | | | | | |
| *Test Maddesi İle İlgili Teslim Edilecek Bilgi, Kimyasallar, Dokümanlar Ve Sarflar: (ürün etiketi, spesifikasyon belgesi, yanında getirilecek ek kimyasal solüsyon gibi)* | | | |  | | | | | | | |
| *Doküman Ve Elektronik Arşivin Laboratuvarın Arşivinin Kapanması Durumunda Sponsora Teslim Edilmesi:* | | | | *Teslim Edilsin □ Laboratuvarın Yeni Arşivine Taşınsın □* | | | | | | | |
| 1. **Genel Şartlar** | | | | | | | | | | | |
| * 1. Test ve Referans Maddesinin laboratuvara kabulüne kadar geçen süre zarfında uygun şekilde alınması/hazırlanması, taşınması, ambalajlanması ve muhafazası müşterinin sorumluluğundadır.   2. Test kabulü, Test ve Referans Madde ile gerekli evrak ve dokümanlar eksiksiz laboratuvara teslim edildiği tarihten itibaren başlar.   3. Test ve Referans Madde kabulü sırasında Madde 3’ te belirtilen şartlarda uygunsuzluk olduğunda müşteri yazılı olarak bilgilendirilir.   4. Analiz talebinin gelmesinden itibaren, 30 gün içerisinde Test ve Referans Maddenin laboratuvara ulaştırılmaması halinde deney talebi iptal edilir.   5. Analiz talebiniz merkezimiz tarafından değerlendirilecek; uygun bulunursa tarafınıza hizmet bedeli ve diğer koşulları içeren proforma fatura gönderilecektir. Hizmet bedeli hususunda mutabık kalındığında numune göndermeniz istenecek olup ödemenin yapılmasından sonra analizlere başlanacaktır. | | | | | | | | | | | |
| 1. **Gizlilik** | | | | | | | | | | | |
| ANTİMİKROP Ar-Ge ve Biyosidal Analiz Merkezi, hizmet süresince öğrenmiş olduğu, sponsora ait özel bilgileri, analiz sonuç ve yorumlarını kesinlikle gizli tutmayı, üçüncü şahıslarla paylaşmamayı taahhüt etmektedir. | | | | | | | | | | | |
| 1. ***Sponsor Onayı*** | | | | | | | | | | | |
| Talep ettiğimiz analizin bu formda belirtilen şartlar dâhilinde yapılmasını ve bu hizmet karşılığında tarafımıza proforma fatura gönderilmesini rica ederiz. Belirtilen şartları kabul ve teyit ediyoruz. Yukarıda beyan ettiğimiz bilgilerin eksik veya hatalı olmasından doğacak tüm zararlar tarafımıza aittir. | | | | | | *Onaylayan Sponsor/Yetkilisi:*  (Adı-Soyadı-Kaşe)  Tarih:  İmza: | | | | | |
| 1. ***Test ve Referans Madde Değerlendirme ve Kabul Onayı* (**Merkez tarafından doldurulacaktır) | | | | | | | | | | | |
| *Analiz Talep Kabul Onayı*  *(Test ve Referans Madde Kabul Sorumlusu)* | | *Adı/Soyadı:* | | | | *Tarih:*  *İmza:* | | | | | |