|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KULLANICI BİLGİLERİ | Başvuranın Adı, Soyadı:  Kurum/Üniversite-Bölüm: | Adres: |
| Tel:  e-Posta: |
| Cihaz kullanım amacı:  Y. Lisans  Doktora  Proje  Danışmanlık  Diğer  **Ödemenin Yapılacağı Kaynak:**  Üniversite  Üniversite-Sanayi İşbirliği  Bireysel  Özel Sektör  Kamu  Protokol  KUYAM | |
| SÖZLEŞME | KUYAM Cihaz Kullanım Sözleşmesi  Bu sözleşme KSBÜ Merkezi Araştırma Laboratuvarı Uygulama Araştırma Merkezi (KUYAM) ile Müşteri arasındaki Hizmet Sözleşmesidir. KUYAM Merkez Laboratuvarı’ndan hizmet talebinde bulunan tüm kişi ve kuruluşlar “MÜŞTERİ”, KSBÜ Merkezi Araştırma Laboratuvarı Uygulama Araştırma Merkezi ise “KUYAM” olarak adlandırılmıştır.  Aşağıda niteliği tanımlanan çalışma(lar) yapmak istiyorum. Güvenlik amacıyla hazırlanmış olan “Laboratuvar Güvenliği ve Çalışma Kuralları” adlı içeriği okudum ve kuralları anladım. Çalışma kuralları ve İş Sağlığı-Güvenliği konularında bilgilendirildim. Tüm kurallara uymayı ve kullanıcı temelli maddi hasarları karşılamayı kabul ediyorum. Tüm sorumluluğu üstlendiğimi ve kabul ettiğimi beyan ederim  Kullanılacak Cihazlar: | |
| **BU FORMDA BELİRTMİŞ OLDUĞUM BİLGİLERİN DOĞRULUĞUNU VE KUYAM CİHAZ TALEP SÖZLEŞMESİ’NDEKİ HÜKÜMLERİ AYNEN KABUL ETTİĞİMİ BEYAN EDERİM.**    **YETKİLİ/PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ ADI SOYADI VE İMZA** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CİHAZ KULLANIM BİLGİLERİ** | **Cihaz kullanımının gerçekleştirilebilmesi için bu formun eksiksiz doldurulması gereklidir.** | | |
| **Deney Metodu** | | **Deney Tarihi ve Saati** |
| ☐ | |  |
| ☐ | |  |
| ☐ | |  |
| Deney Cihaz(lar)ı ☐İnkübatör ☐ Biyogüvenlik Kabini ☐ Otoklav ☐ Hassas Terazi ☐ pH metre ☐ Mikroskop  ☐ Etüv ☐ Santrifüj ☐ Deney protokolü ☐ Danışmanlık Hizmeti ☐ Diğer: | | |
| **Deney Parametreleri** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Deney ile İlgili Ek İstekler: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KONTROL TABLOSU** | **Çalışma Sonrası Kontrol Formu** | |
| Makine/Ekipman Sağlam ve Çalışır Halde Teslim Edildi | ☐ Evet ☐ Hayır |
| Kullanılan Tüketim Malzemeleri Yerine Koyuldu | ☐ Evet ☐ Hayır |
| Makine/Ekipmanın Bakım ve Temizliği Yapıldı | ☐ Evet ☐ Hayır |
| Kullanılan Laboratuvarın Temizliği Yapıldı | ☐ Evet ☐ Hayır |
| Açıklama: | |

**Not:** Bu formun “**BAŞVURU**” kısmını çalışacak kişi, “**ÇALIŞMA SONRASI KONTROL TABLOSU**” kısmını laboratuvar sorumlusu doldurur

Adı Soyadı/İmza

KUYAM Koordinatörlük

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KUYAM KOORDİNATÖRLÜĞÜ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.** | | | |
| Evrak Kayıt No |  | Cihaz kullanım Tarihi |  |
| Başvuru Tarihi |  | Cihaz Kullanım Ücreti | - |
| Deney Onayı |  | Koordinatörlük | Doç. Dr. Fatih Kar |

KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

MERKEZİ ARAŞTIRMA LABORATUVARI

UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Yerleşkesi, Tıp Fakültesi, KUYAM, Tavşanlı Yolu 10. km KÜTAHYA

Tel: +90 274 260 00 43 Dahili: 1257 e-posta: kuyam@ksbu.edu.tr http://www.kuyam.ksbu.edu.tr