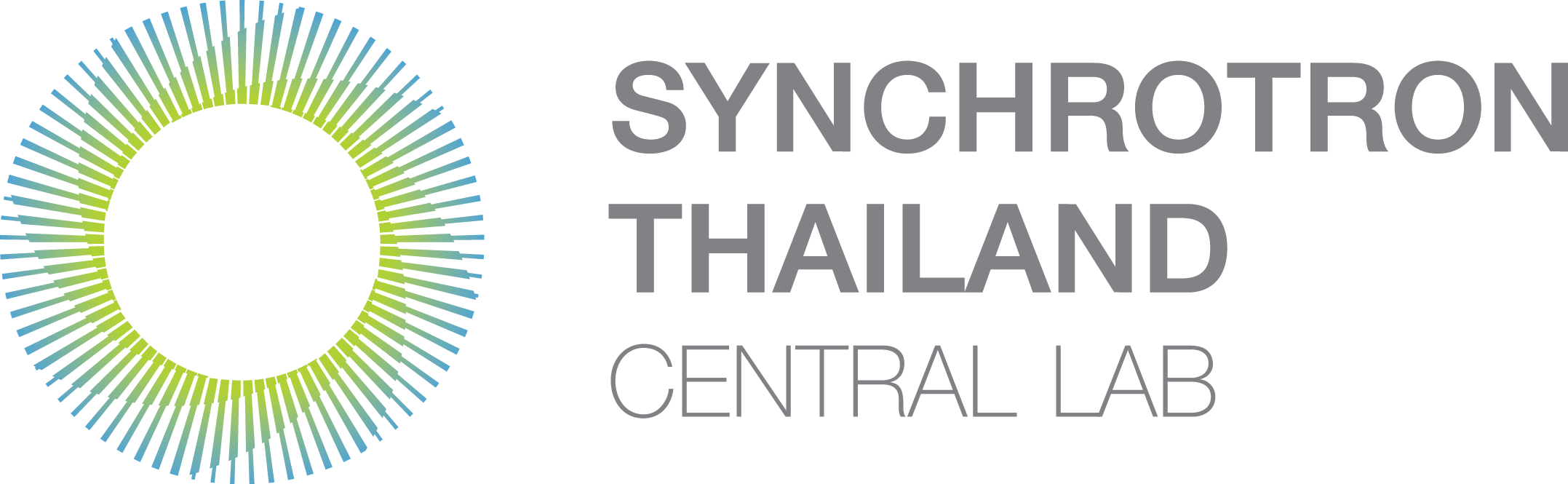
**แบบขอใช้บริการสถาบันวิจัยแสงซินโครตรอน (องค์การมหาชน)** อาคารสิรินธรวิชโชทัย 111 ม.6 ถ. มหาวิทยาลัย ต.สุรนารี อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000 โทรศัพท์ 044 217040 โทรสาร 044 217047



โทรศัพท์ 044 217040 ต่อ 1607-9,1613 โทรสาร 044 217047 URL: http://www.slri.or.th/bdd/ E-mail: BDS@slri.or.th

**ประเภทการขอใช้บริการ**

□วิเคราะห์ทดสอบ

□ ขอใช้บริการเครื่องมือวิทยาศาสตร์ด้วยตนเอง

□วิจัยตอบโจทย์ (Synchrotron

Solution)

□บริการทางเทคนิคและวิศวกรรม

□บริการให้คำปรึกษา

□ อื่น ๆ ระบุ

**ประเภทอุตสาหกรรม (ถ้ามี)**

□อาหาร ยา เครื่องสำอาง

□ยาง พอลิเมอร์

□ วัสดุ และวัสดุก่อสร้าง

□ชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์และเครื่องใช้ไฟฟ้า

□โลหะ

□ ชิ้นส่วนจุลภาค

□ การเกษตร

□ ชิ้นส่วนยานยนต์

□อื่นๆ ระบุ

**เอกสารปกปิด**

เลขที่รับ RQ   
วันที่รับ

ผู้รับ

□ ต้นฉบับ

□ สำเนา 1

□ สำเนา 2

**วันเข้าใช้บริการ**

**1. ผู้ประสานงาน** ชื่อ-สกุล (□นาย /□นาง /□น.ส./ อื่นๆ )

ตำแหน่ง โทรศัพท์

มือถือ E-mail

หัวหน้าโครงการ/อาจารย์ที่ปรึกษา □ตามชื่อ-สกุล ที่ระบุ ข้อ 1

**2. ข้อมูลสำหรับออกใบเสนอราคา, ใบแจ้งหนี้/ ใบกำกับภาษี และใบเสร็จรับเงิน**

ออกในนาม (□ชื่อบุคคล /□ ชื่อหน่วยงาน /□ ชื่อบริษัท)

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี □-□□□□-□□□□□- □□- □

□ สำนักงานใหญ่ □ สาขาที่ (ระบุ)

ที่อยู่

โทรศัพท์ โทรสาร

**3. ชื่อและที่อยู่สำหรับส่งเอกสารทางไปรษณีย์** □ตามชื่อ-ที่อยู่ ที่ระบุ ข้อ 1 และ 2

□ตามชื่อ-ที่อยู่ ดังนี้

**4. ชื่อโครงการ**

**5. เทคนิคซินโครตรอน/เครื่องมือ ที่ขอใช้บริการ**

**6. จำนวนตัวอย่าง** ตัวอย่าง

**7. จำนวนเวลาที่ขอใช้บริการ** วัน

**8. การเข้าใช้บริการ** □ ส่งตัวอย่างให้สถาบันฯ วิเคราะห์ □เข้าใช้บริการด้วยตัวเอง โดยรายชื่อผู้เข้าใช้ ดังนี้

8.1 ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน

ตำแหน่ง มือถือ

E-mail

8.2 ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน

ตำแหน่ง มือถือ E-mail

8.3 ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน

ตำแหน่ง มือถือ

E-mail

**กรณีมีผู้เข้าใช้บริการมากกว่า 3 คน กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่และแนบข้อมูลเพิ่มเติม**

**9. การวิเคราะห์ตัวอย่าง** □ วิเคราะห์แบบทำลายตัวอย่างได้ □ วิเคราะห์แบบไม่ทำลายตัวอย่าง □หลังการทดลองไม่ขอรับคืนตัวอย่าง □หลังการทดลองขอรับคืนตัวอย่าง

**10. การเก็บรักษาตัวอย่าง** □ อุณหภูมิห้อง □ แช่เย็น □ แช่แข็ง □ อื่นๆ

**11. รายงานผลการวิเคราะห์ทดสอบ**

11.1 □ไม่ต้องการ (รับเฉพาะข้อมูลดิบ)

11.2 □ต้องการ

□รายงานผลการทดสอบ ○ฉบับภาษาไทย○ฉบับภาษาอังกฤษ (ค่าบริการเพิ่ม ฉบับละ 1,000 บาท)

□วิเคราะห์ผลการทดสอบ พร้อมรายงาน (มีค่าบริการวิเคราะห์ผลเพิ่ม) ○ฉบับภาษาไทย○ ฉบับภาษาอังกฤษ (ค่าบริการเพิ่ม ฉบับละ 1,000 บาท)

**12. การรับรายงานผลการวิเคราะห์** (กรณีส่งเฉพาะตัวอย่างให้สถาบัน ฯ วิเคราะห์)

□มารับด้วยตนเอง □ส่งทางไปรษณีย์ (ตามชื่อ-ที่อยู่ ที่ระบุ ข้อ 3) □E-mail (ตามที่ระบุข้อ 1)□E-mail (ระบุ)

**13. ทางสถาบันฯ จะเก็บข้อมูลวิเคราะห์ทดสอบไว้เป็นเวลา 3 เดือน** หากประสงค์ให้เก็บนานกว่าที่กำหนด โปรดระบุ เดือน

**14. รายละเอียดสารตัวอย่างและการขอรับบริการตรวจวิเคราะห์** โดยเทคนิค/สถานีทดลองจากแสงซินโครตรอน หรือเทคโนโลยีเกี่ยวข้อง

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | ชื่อตัวอย่าง | อยู่ในสถานะ | จำนวน/หน่วยบรรจุ | เทคนิค1 /เครื่องมือ/สถานีทดลอง | รายการทดสอบ2 | ความเป็นอันตราย3 |
|
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**1เทคนิค** ที่ให้บริการ เช่น TR-XAS, XAS, SAXS, WAXS, PEEM, LEEM, XPS, Micro-XRF, DXL, PX, FTIR spectroscopy, FTIR-Micro spectroscopy, FT-Raman, Dispersive Raman, SEM, ฯลฯ

2**รายการทดสอบ** เช่น ทดสอบหาชนิดของธาตุ, สถานะออกซิเดชั่น, อะตอมข้างเคียงกับธาตุที่สนใจ, พันธะโมเลกุล, โครงสร้างระดับนาโน, หมู่ฟังก์ชั่นของสาร, ภาพถ่ายกำลังขยายสูง ฯลฯ

**3ลักษณะความเป็นอันตราย** เช่น สารพิษ, สารกัดกร่อน, สารติดไฟ, จุลินทรีย์ก่อโรค, วัตถุอันตรายทางชีวภาพ, สารรังสี ฯลฯ

**15. ปัญหา/สาเหตุ/ความต้องการ ในการขอรับบริการ**(กรุณาบอกรายละเอียด หรือ แนบเอกสารโครงการ)

□การวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ □ปรับปรุง/แก้ไขปัญหากระบวนการผลิต □ บริการทางเทคนิคและวิศวกรรม □อื่นๆ

โปรดระบุรายละเอียด

**ข้อกำหนดและเงื่อนไขการใช้บริการ** ก่อนเข้าใช้บริการผู้ขอใช้บริการต้องลงนามรับทราบถึงความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ประกอบของสถาบัน ก่อนการใช้งานตามแบบฟอร์มที่สถาบันกำหนด ผู้ขอใช้ต้องใช้ทรัพย์สินดังกล่าวเยี่ยงวิญญูชนและดูแลรักษาทรัพย์สินทั้งหมดของสถาบันฯ ให้อยู่ในสภาพเรียบร้อยก่อนส่งคืน ตามแบบฟอร์มที่สถาบันกำหนด หากพบความชำรุดเสียหายเกิดขึ้น แก่ทรัพย์สิน ซึ่งสถาบันตรวจสอบข้อเท็จจริงแล้วพบว่า เป็นผลจากการใช้บริการ สถาบันมีสิทธิเรียกร้อง (1) แจ้งผู้ขอใช้ดำเนินการซ่อมแซมแก้ไขให้กลับคืนสู่สภาพเดิม ภายในเวลาที่สถาบันกำหนด หรือ (2) ชดใช้ค่าเสียหายต่อสถาบันบางส่วนหรือเต็มจำนวนตามมติคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริง

**กรณีขอยกเลิกหรือเลื่อนกำหนดทดสอบ**ต้องแจ้งล่วงหน้าก่อนวันทดสอบอย่างน้อย 3 วันทำการหากไม่เป็นไปตามเงื่อนไขทางสถาบันฯขอยกเลิกและสงวนสิทธิ์ในการเข้ารับบริการของท่านเป็นรายกรณี

ทั้งนี้ในการขอรับบริการงานวิเคราะห์ทดสอบทางสถาบันฯ จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน **2 - 3 สัปดาห์** หลังจากที่ผู้รับบริการยืนยันในเอกสารใบเสนอราคา

**16. การชำระเงิน**

☐ชำระหมด ณ วันที่ขอใช้บริการ

☐ชำระหมด ณ วันที่นัดรับผลงาน ตามใบแจ้งหนี้ โดยสถาบันฯ จะส่งมอบใบรายงานผลภายหลังได้รับเงินค่าบริการครบจำนวนแล้ว

☐ชำระตามเงื่อนไขใบเสนอราคา หรือตามสัญญา

**ท่านสามารถเลือกชำระค่าบริการจากวิธีการดังนี้**

1) เงินสด 2) เช็คธนาคารสั่งจ่ายในนาม "สถาบันวิจัยแสงซินโครตรอน (องค์การมหาชน)"

3) การโอนเงินเข้าบัญชี ชื่อ "สถาบันวิจัยแสงซินโครตรอน (องค์การมหาชน) เพื่องานพัฒนาธุรกิจ" ธนาคารกรุงไทย สาขา มทส. บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ เลขที่บัญชี 670-4-74126-7 และแฟกซ์หลักฐานการโอนเงินเข้า (Pay in slip) ที่ระบุชื่อ และหน่วยงานของท่านมาที่ ส่วนงานการเงินและบัญชี โทรสาร 044-217047 หรือ E-mail: kanitta@slri.or.th, fa\_div@slri.or.th โทรศัพท์ 044-217040 ต่อ 1210, 1217, 1218 โดยหักค่าธรรมเนียมการโอนจากบัญชีของท่าน

**หมายเหตุ : 1) โปรดชำระเงินเต็มจำนวน กรุณาอย่าหักภาษี ณ ที่จ่ายเนื่องจากสถาบันฯ ไม่อยู่ในบังคับต้องเสียภาษีเงินได้นิติบุคคล**

**2) กรณีลูกค้าได้รับ "ใบแจ้งหนี้ / ใบกำกับภาษีแล้ว" เรียบร้อยแล้วแจ้งยกเลิกการใช้บริการ ลูกค้าจะต้องเป็นผู้รับภาระภาษีมูลค่าเพิ่ม**

ลงชื่อผู้ขอใช้บริการ

( )

ตำแหน่ง

วันที่