

แบบขอใช้บริการสถาบันวิจัยแสงซินโครตรอน (องค์การมหาชน)

อาคารสิรินธรวิทยโชทัย 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

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 (กรณีส่งเฉพาะตัวอย่างให้สถาบันฯ วิเคราะห์) ☐ มารับด้วยตนเอง ☐ ส่งทางไปรษณีย์ (ตามชื่อ-ที่อยู่ ที่ระบุ ข้อ 3) ☐ E-mail (ตามที่ระบุข้อ 1) ☐ E-mail (ระบุ) 13. ทางสถาบันฯ จะเก็บข้อมูลวิเคราะห์ทดสอบไว้เป็นเวลา 3 เดือน หากประสงค์ให้เก็บนานกว่าที่กำหนด โปรดระบุ เดือน	เอกสารปกปิด เลขที่รับ RQ วันที่รับ ผู้รับ ☐ ต้นฉบับ ☐ สำเนา 1 ☐ สำเนา 2 วันเข้าใช้บริการ ประเภทการขอใช้บริการ ☐ วิเคราะห์ทดสอบ ☐ ขอใช้บริการเครื่องมือ วิทยาศาสตร์ด้วยตนเอง ☐ วิจัยตอบโจทย์ (Synchrotron Solution) ☐ บริการทางเทคนิคและวิศวกรรม ☐ บริการให้คำปรึกษา ☐ อื่น ๆ ระบุ ประเภทอุตสาหกรรม (ถ้ามี) ☐ อาหาร ยา เครื่องสำอาง ☐ ยาง พอลิเมอร์ ☐ วัสดุ และวัสดุก่อสร้าง ☐ ชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์และ เครื่องใช้ไฟฟ้า ☐ โลหะ ☐ ชิ้นส่วนจุลภาค ☐ การเกษตร ☐ ชิ้นส่วนยานยนต์ ☐ อื่น ๆ ระบุ
---	---

14. รายละเอียดตัวอย่างและการขอรับบริการตรวจวิเคราะห์ โดยเทคนิค/สถานที่ทดลองจากแสงซินโครตรอน หรือเทคโนโลยีเกี่ยวข้อง

[illegible]

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

²รายการทดสอบ เช่น ทดสอบหาชนิดของธาตุ, สถานะออกซิเดชัน, อะตอมข้างเคียงกับธาตุที่สนใจ, พันธะโมเลกุล, โครงสร้างระดับนาโน, หม่ฟังก์ชันของสาร, ภาพถ่ายกำลังขยายสูง ฯลฯ

³ลักษณะความเป็นอันตราย เช่น สารพิษ, สารกัดกร่อน, สารติดไฟ, จลนรีกภัยก่อโรค, วัตถุอันตรายทางชีวภาพ, สารรังสี ฯลฯ

15. ปัญหา/สาเหตุ/ความต้องการ ในการขอรับบริการ(กรณีงานออกรายละเอียด หรือ แผนเอกสารโครงการ)

☐ การวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ ☐ ปรับปรุง/แก้ไขปัญหาระบบการผลิต ☐ บริการทางเทคนิคและวิศวกรรม ☐ อื่นๆ

โปรดระบุนายละเอียด.....

ข้อกำหนดและเงื่อนไขการใช้บริการ ก่อนเข้าใช้บริการผู้ใช้บริการต้องลงนามรับทราบถึงความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ประกอบของสถาบัน ก่อนการใช้งานตามแบบฟอร์มที่สถาบันกำหนด ผู้ใช้อัต้องให้ทรัพย์สินดังกล่าวเป็นเงื่อนไขและดูแลรักษาทรัพย์สินทั้งหมดของสถาบันฯ ให้อยู่ในสภาพเรียบร้อยก่อนส่งคืน ตามแบบฟอร์มที่สถาบันกำหนด หากพบความชำรุดเสียหายเกิดขึ้นแก่ทรัพย์สิน ซึ่งสถาบันตรวจสอบข้อเท็จจริงแล้วพบว่า เป็นผลจากการใช้บริการ สถาบันมีสิทธิ์เรียกร้อง (1) แจ้งผู้ใช้อัดำเนินการซ่อมแซมแก้ไขให้กลับคืนสู่สภาพเดิม ภายในเวลาที่สถาบันกำหนด หรือ (2) ชดใช้ค่าเสียหายต่อสถาบันบางส่วนหรือเต็มจำนวนตามมติคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริง

กรณีชอยยกเลิกหรือเลื่อนกำหนดทดสอบต้องแจ้งล่วงหน้าก่อนวันทดสอบอย่างน้อย 3 วันทำการหากไม่เป็นไปตามเงื่อนไขทางสถาบันชอยยกเลิกและสงวนสิทธิ์ในการให้บริการของท่านเป็นรายกรณี ทั้งนี้ในการขอรับบริการงานวิเคราะห์ทดสอบทางสถาบันฯ จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 2 - 3 สัปดาห์ หลังจากที่ได้รับบริการยืนยันในเอกสารใบเสนอราคา

16. การชำระเงิน

☐ชำระหมด ณ วันที่ขอใช้บริการ

☐ ข้าระหมัด ณ วันที่ันัดรับผลงาน ตามใบแจ้งหนึ้ โดยสถาบันฯ จะส่งมอบใบรายงานผลภายหลังได้รับเงินค่าบริการครบจำนวนแล้ว

☐ชำระตามเงื่อนไขใบเสนอราคา หรือตามสัญญา

ท่านสามารถเลือกชำระค่าบริการจากวิธีการดังนี้

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

3) การโอนเงินเข้าบัญชี ชื่อ "สถาบันวิจัยแสงซินโครตรอน (องค์การมหาชน) เพื่องานพัฒนารัฐกิจ" ธนาคารกรุงไทย สาขา มทส. บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ เลขที่บัญชี 670-4-74126-7 และ
แฟกซ์หลักฐานการโอนเงินเข้า (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 กรณียาหักภาษี ณ ที่จ่ายเนื่องจากสถาบันฯ ไม่อยู่ในบังคับต้องเสียภาษีเงินได้นิติบุคคล

2) กรณีลูกค้าได้รับ "ใบแจ้งหนี้ / ใบกำกับภาษีแล้ว" เรียบร้อยแล้วแจ้งยกเลิกการใช้บริการ ลูกค้าจะต้องเป็นผู้ชำระภาษีมูลค่าเพิ่ม

ลงชื่อผู้ขอใช้บริการ

()

ตำแหน่ง

วันที่