

بسمه تعالی

تاریخ:/...../۱۳۹۷



دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

مرکز تحقیقات سلولی و مولکولی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

فرم درخواست سلول:

۱. نام و نام خانوادگی:.....

۲. رشته تحصیلی:.....

۳. دانشگاه:.....

۴. شماره تلفن همراه:.....

مشخصات سلولهای مورد درخواست:

کد بانک سلولی	نام رده سلولی	نحوه دریافت سلول		تعداد مورد درخواست	
		در محیط کشت	در یخ خشک	تعداد ویال	تعداد فلاسک

تعهدات متقاضی سلول در قبال بانک سلولی مرکز تحقیقات سلولی و ملکولی



- عدم فروش و یا استفاده تجاری از سلولهای دریافت شده از بانک سلولی مرکز تحقیقات سلولی و ملکولی
 - عدم واگذاری و انتقال به شخص ثالث بدون کسب اجازه کتبی از بانک سلولی مرکز تحقیقات سلولی و ملکولی
 - ذکر نام بانک سلولی مرکز تحقیقات سلولی و ملکولی و مشخصات دقیق سلول مورد نظر در کلیه مقالات و انتشاراتی که با استفاده از سلولهای دریافت شده از بانک سلولی مرکز تحقیقات سلولی و ملکولی بدست آید.
- اینجانب متقاضی دریافت سلول از بانک سلولی ایران اجرای تعهدات فوق الذکر را می پذیرم.

تاریخ:

امضاء:

مسئول آزمایشگاه سلولی و مولکولی

درخواست و تعهدات فوق مورد تأیید میباشد