



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
مرکز ملی مهندسی ژنتیک و زیست‌فناوری



مرکز جامع سلول‌های بنیادی
و پزشکی بازساختی قطب آذربایجان

فرم درخواست سلول

لطفاً فرم را بطور کامل تکمیل نموده و به بانک سلولی مرکز جامع تحویل دهید. فرم باید فقط توسط محقق ارشد و یا عضو هیأت علمی بطور کامل تکمیل گردد.

مشخصات متقاضی

نام و نام خانوادگی: مربی استادیار دانشیار استاد
گروه آموزشی: دانشکده / دانشگاه:
شماره تلفن: پست الکترونیکی:

مشخصات سلول‌های مورد درخواست:

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

لطفاً در محل نحوه دریافت سلول علامت ضربدر گذاشته شود.

شماره حساب بانک: لطفاً فیش واریزی متقاضی محترم به فرم مربوطه ضمیمه گردد.

موافقت نامه بین بانک سلولی مرکز نوآوری و متقاضی

تعهدات متقاضی سلول در قبال بانک سلولی

- عدم فروش و یا استفاده تجاری از سلولهای دریافت شده از بانک سلولی.
- عدم واگذاری و انتقال به شخص ثالث بدون کسب اجازه کتبی از بانک سلولی.
- ذکر نام بانک سلولی و مشخصات دقیق سلول مورد نظر در کلیه مقالات و انتشاراتی که با استفاده از سلولهای دریافت شده از بانک سلولی بدست آید.

اینجانب متقاضی دریافت سلول از بانک سلولی مرکز نوآوری اجرای تعهدات فوق الذکر را می-پذیرم.

تاریخ:

امضاء:

درخواست و تعهدات فوق مورد تأیید میباشد.

نام و نام خانوادگی رئیس مرکز:

امضاء و تاریخ: