



بانک سلولی ایران

به نام خدا

انستیتو پاستور ایران

تهران

تلفن: ۶۶۴۹۲۵۹۵

پذیرش قبول مسئولیت دریافت سلول های با ظرفیت پاتوژنسیته شدید

مشخصات متقاضی

نام و نام خانوادگی :

تخصص :

استاد

دانشیار

استادیار

مربی

رتبه علمی : نام مرکز تحقیقاتی و گروه آموزشی :

آدرس دقیق پستی :

پست الکترونیک :

دورنگار :

تلفن :

سلول های مورد نیاز:

نام رده سلولی	کد بانک سلولی

اینجانب آگاهی کامل دارم که سلول های درخواستی از بانک سلولی ایران دارای پتانسیل خطرزا برای سلامت عمومی جامعه هستند. اینجانب دارای صلاحیت علمی و تجربی کامل جهت کار با این گونه سلول ها بوده و لوازم و امکانات لازم را جهت کار با این سلول ها در اختیار دارم. بدینوسیله مسئولیت کلیه خطرات احتمالی ، اعم از دریافت ، نگهداری و استفاده از آنها را به عهده می گیرم.

امضا متقاضی :

تاریخ :

.....
(این قسمت باید توسط مدیر گروه آموزشی ، رئیس دانشکده و یا رئیس مرکز آموزشی و یا تحقیقاتی تکمیل گردد)
مراتب فوق مورد تأیید می باشد.

نام و نام خانوادگی :

مسئولیت :

تاریخ :

امضا :