ANEXO 2

DECLARAÇÃO

Declaro que as amostras apresentam qualidade adequada, que li e compreendi as regras gerais aplicadas ao serviço de microscopia e que o não cumprimento dos procedimentos descritos ou qualquer ato do mau uso, inexperiência ou imprudência estará sujeito a suspensão da minha permissão de uso do equipamento e poderá acarretar em cobrança monetária de meu orientador/supervisor. Estou ciente, também, do pagamento referente às horas agendadas para a utilização do equipamento, inclusive no caso de falha de uso em virtude da qualidade das amostras.

USUÁRIO

NOME:

CPF:

RG:

Tel. de contato:

Endereço residencial l:

E-MAIL:

ASSINATURA:

Pesquisador

NOME:

INSTITUICÃO:

Endereço completo:

TELEFONE:

E-MAIL:

ASSINATURA:

AGENDAMENTO

Data: Número do Pedido:

Horário:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIPFARMA Prestador de serviço