

## ЗАЯВКА

ДОЗВОЛЯЮ

На проведення рентгеноструктурних досліджень

Декан ІФФ

від \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Лобода П.І

(посада П.І.Б.кафедра) (підпис)

дата замовлення «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ р.

Мета \_\_\_\_\_

(№д\б, г\г, , **назва** студ., дисертаційної роботи)

(вказати автора роботи, каф. факультет)

№ п.п .	Опис зразка (повна характеристика щодо умов одержання чи виробництва)	Кількість зразків	Завдання	Час виконання	
				початок	кінець

Погоджено

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_

(підпис)

(\_\_\_\_\_)

(Прізвище, ім'я по батькові)

Виконавець

(підпис)

(\_\_\_\_\_)

(Прізвище, ім'я по батькові)

Реєстраційний номер та дата за книгою обліку № \_\_\_\_\_