

	<b>DIREKTORAT PENGELOLAAN LABORATORIUM,          FASILITAS RISET DAN KAWASAN SAINS DAN          TEKNOLOGI</b> Kawasan Sains dan Teknologi Soekarno, Jalan Raya Bogor Km. 46 Cibinong, Jawa Barat 16911
	<b>FORMULIR DETAIL PENGUJIAN</b>

Nama : .....

Instansi : .....

\*) S1/S2/S3/Industri/Umum/Internal BRIN

Alamat : .....

No. Hp/WA : .....

E-mail : .....

**CHECKLIST PARAMETER LAYANAN MICRO-CT SCAN**

No.	Parameter		
1	ID ELSA	(wajib diisi)	
2	Sampel	Uk. panjang (mm) : Uk. lebar (mm) : Uk. tebal (mm) :	Maks. Ukuran: $30 \times 30 \times 70 \text{ mm}^3$ Min. Area Scan: $5 \times 5 \times 5 \text{ mm}^3$ Jumlah Sampel:
3	Jenis Sampel	<input type="checkbox"/> Organ Hewan <input type="checkbox"/> Organ Tumbuhan <input type="checkbox"/> Batuan/beton <input type="checkbox"/> Lainnya	Jenis Organ/Bagian: _____
4	Scan	<input type="checkbox"/> High Resolution Scan <input type="checkbox"/> Low Resolution Scan	Rekonstruksi dilakukan menggunakan Recon (Bruker)
5	Paramater	<input type="checkbox"/> Resolusi _____ <input type="checkbox"/> Voltage _____ <input type="checkbox"/> Current _____	Kemampuan alat 3 Watt Maks. V = 150 kV Maks. I = 200 uA
6	Catatan	Wajib melampirkan referensi dari KTI yang sudah ada untuk sampel sejenis/mirip.	

**Note:**

- Informasi lebih lanjut hubungi nomor layanan Laboratorium Cryo-EM +62 - 811 9811 578.
- Pemusnahan sampel dilakukan setelah **tiga bulan**. Pelanggan dapat mengambil kembali sampel sisanya paling lambat **setelah satu minggu** status layanan SELESAI.