Pracownia Spektroskopii Optycznej IChO PAN
ul. Kasprzaka 44/52, 01-224 Warszawa
tel.: (22) 343-22-14; Laboratorium 016

Podpis osoby upoważnionej

Imię i nazwisko zleceniodawcy …… Data ……..……..…….

Zespół / Instytucja …… Telefon ……..……...…….

Źródło finansowania (nr grantu) ……...……...……..

Symbol próbki ……...……..……..……..

Odbiór wyników: ☐ wydruk ☐ pdf na e-mail: ……...……..……..

☐ Próbka do zwrotu ☐ Roztwór do zwrotu ☐ Pomiar pilny ☐ Tryb normalny

Uwagi: ……..……..……

Skręcalność optyczna

Długość fali		Rozpuszczalnik	Temperatura
Lampa Na	Lampa Hg		
☐ 589 nm	☐ 578 nm ☐ 546 nm ☐ 436 nm ☐ 405 nm ☐ 365 nm	☐ chloroform ☐ chlorek metylenu ☐ metanol ☐ etanol ☐ acetonitryl ☐ woda ☐ ……	☐ temp. pok. ☐ 20 °C ☐ ……..…

Pracownia Spektroskopii Optycznej IChO PAN
ul. Kasprzaka 44/52, 01-224 Warszawa
tel.: (22) 343-22-14; Laboratorium 016

Podpis osoby upoważnionej

Imię i nazwisko zleceniodawcy …… Data ……..……..…….

Zespół / Instytucja …… Telefon ……..……...…….

Źródło finansowania (nr grantu) ……...……...……..

Symbol próbki ……...……..……..……..

Odbiór wyników: ☐ wydruk ☐ pdf na e-mail: ……...……..……..

☐ Próbka do zwrotu ☐ Roztwór do zwrotu ☐ Pomiar pilny ☐ Tryb normalny

Uwagi: ……..……..……

Skręcalność optyczna

Długość fali		Rozpuszczalnik	Temperatura
Lampa Na	Lampa Hg		
☐ 589 nm	☐ 578 nm ☐ 546 nm ☐ 436 nm ☐ 405 nm ☐ 365 nm	☐ chloroform ☐ chlorek metylenu ☐ metanol ☐ etanol ☐ acetonitryl ☐ woda ☐ ……	☐ temp. pok. ☐ 20 °C ☐ ……..…

Pracownia Spektroskopii Optycznej IChO PAN
ul. Kasprzaka 44/52, 01-224 Warszawa
tel.: (22) 343-22-14; Laboratorium 016

Podpis osoby upoważnionej

Imię i nazwisko zleceniodawcy …… Data ……..……..…….

Zespół / Instytucja …… Telefon ……..……...…….

Źródło finansowania (nr grantu) ……...……...……..

Symbol próbki ……...……..……..……..

Odbiór wyników: ☐ wydruk ☐ pdf na e-mail: ……...……..……..

☐ Próbka do zwrotu ☐ Roztwór do zwrotu ☐ Pomiar pilny ☐ Tryb normalny

Uwagi: ……..……..……

Skręcalność optyczna

Długość fali		Rozpuszczalnik	Temperatura
Lampa Na	Lampa Hg		
☐ 589 nm	☐ 578 nm ☐ 546 nm ☐ 436 nm ☐ 405 nm ☐ 365 nm	☐ chloroform ☐ chlorek metylenu ☐ metanol ☐ etanol ☐ acetonitryl ☐ woda ☐ ……	☐ temp. pok. ☐ 20 °C ☐ ……..…

Pracownia Spektroskopii Optycznej IChO PAN
ul. Kasprzaka 44/52, 01-224 Warszawa
tel.: (22) 343-22-14; Laboratorium 016

Podpis osoby upoważnionej

Imię i nazwisko zleceniodawcy …… Data ……..……..…….

Zespół / Instytucja …… Telefon ……..……...…….

Źródło finansowania (nr grantu) ……...……...……..

Symbol próbki ……...……..……..……..

Odbiór wyników: ☐ wydruk ☐ pdf na e-mail: ……...……..……..

☐ Próbka do zwrotu ☐ Roztwór do zwrotu ☐ Pomiar pilny ☐ Tryb normalny

Uwagi: ……..……..……

Skręcalność optyczna

Długość fali		Rozpuszczalnik	Temperatura
Lampa Na	Lampa Hg		
☐ 589 nm	☐ 578 nm ☐ 546 nm ☐ 436 nm ☐ 405 nm ☐ 365 nm	☐ chloroform ☐ chlorek metylenu ☐ metanol ☐ etanol ☐ acetonitryl ☐ woda ☐ ……	☐ temp. pok. ☐ 20 °C ☐ ……..…