



Please send this form together with your samples to the following address:

تهران- میدان فاطمی- میدان گلها- خیابان کاج جنوبی- کوچه هشتم- پلاک ۲۷
صندوق پستی: ۱۴۱۵۵-۴۴۱۵

E-mail: genomic@farayand.com

Tel.: +98-21-88334467-72

Fax:+98-21-88002310

Contact Details

	Your Delivery Address:		Your Invoice Address: (if different)	
Name:				
Institute/Department:				
University/Company.:				
Street:				
Postal Code / City:				
Phone:				
Fax:				
Email:			<input type="checkbox"/> MAC	<input type="checkbox"/> PC
Signature			Order Ref. No. :	
Type of Service:	<input type="checkbox"/> Value Read(VR)	<input type="checkbox"/> Comfort Read (CR):		<input type="checkbox"/> Primer Walking
Additional Services:	<input type="checkbox"/> Primer Synthesis	<input type="checkbox"/> PCR Purification	<input type="checkbox"/> Gel Purification	<input type="checkbox"/> Plasmid Preparation

- لطفاً نمونه های ارسالی کاملاً مطابق با دستورالعمل آماده سازی نمونه تهیه و ارسال گردند.
- نمونه های ارسالی حتماً باید در ویال 1.5ml ارسال گردند و درب آنها پارافیلیم بسته نشود.
- جهت ارسال نمونه ها نیازی به قراردادن نمونه ها بر روی یخ نیست و دمای اتاق برای ارسال مناسب است.
- لطفاً توجه داشته باشید که در صورت انتخاب خوانش به صورت Value Read حتماً به ازای هر پرایمر یک ویال از نمونه خود را ارسال کنید، امکان خوانش دو طرفه برای یک ویال از نمونه وجود ندارد.
- جهت سفارش اینترنتی نیاز به تکمیل تمام قسمت های فرم می باشد، در صورت ناقص بودن سفارش نهایی انجام نمی پذیرد.
- در صورت ناقص یا اشتباه بودن فرم ارسال شده، شرکت هیچ گونه مسئولیتی را در قبال مشکلات احتمالی نخواهد پذیرفت.



Information about your samples

No	Sample type	Sample name	Vector	Amount of DNA (ng/μl)	Insert/Product length [kb]	Vector primer or specific primer*		Primer concentration (pmol/μl)
						forward	reverse	
1)								
2)								
3)								
4)								
5)								
6)								
7)								
8)								
9)								
10)								
11)								
12)								
13)								
14)								
15)								
16)								
17)								
18)								
19)								
20)								

Primer Information

No	Primer name	5' Sequence 3'	Synthesis at MWG
1)			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2)			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
3)			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
4)			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
5)			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No



Information about Plasmid DNA preparation

No	Plate/ stab culture name	No. of colonies	Antibiotic resistance	Vector name	Insert length [kb]	Vector primer or specific primer*		Primer concentration
						forward	reverse	
1)								
2)								
3)								
4)								
5)								
6)								
7)								
8)								
9)								
10)								

Customer Remarks