**Nom du Laboratoire**: ............................................................................................................................

**Nom du directeur** : .......................................................................... **Date de création**......................

**Etablissement** : .......................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FICHE TECHNIQUE** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Désignation de l'équipement :** Spray Pyrolyse | | | | | | | | | | | | | | |
| **Description :** Dépôt de couches minces | | | | | | | | | | | | | | |
| **Marque :** HOLMARC OPTO-MECHATRONICS | | N° SERIE : **HO-TH-04** | | | | | | | N° d'inventaire : 56/03/07/2016 | | | | | Année d'acquisition:  2016 |
| **Localisation :** Salle 2, Centre de microscopie, site IGMO, Université d'Oran 1 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Etat de l'équipement(\*)** | **Fonctionnel** | | | **En panne** | | | **Hors service** | | | **Observations sur le fonctionnement (\*\*)** | | | | |
| **x** | | |  | | |  | | |  | | | | |
| **Accessoires(\*)** | Non | | | |  | Oui | | | | | x | **Si oui précisez (\*\*)** | | |
| Avec Hotte et stabilisation électrique | | |
| **Personnel de soutien (\*)** | Présent | | | |  | Absent | | | | | x | **Si Absent mais nécessaire indiquez les qualifications requises (\*\*)** | | |
| Licence SM ou ST +stage de maitrise des techniques de dépôts | | |
| **Consommable de l'équipement(\*)** | Non | |  | Oui | | | x | **Si oui précisez (\*\*)** | | | | | **Cout estimatif**  **par an en Dinar** | |
| produits chimiques, tubes et seringues | | | | | 300 000 | |

(\*) Mettre une croix dans la case correspondante

(\*\*) Donner des informations s'il y a lieu