	درخواست کالیبراسیون **آزمایشگاه تکوین**	**شماره مدرک :** LQF-404-07/01 **شماره :** **تاریخ :** **صفحه ۱ از ۱**

نام ابزار :	تفکیک پذیری :	سازنده ابزار :	شماره سریال ابزار :
نوع ابزار:		گستره کاری ابزار :	کد داخلی ابزار:
نام و واحد درخواست کننده:		تاریخ مورد نیاز جهت پاسخگویی:	

نام شرکت :		شماره اقتصادی :
شماره ملی (افراد حقیقی)/ شناسه ملی(افراد حقوقی) :		شماره ثبت شرکت :
نشانی کامل :		کد پستی ۱۰ رقمی :
تلفن :	نمابر :	آدرس الکترونیکی :

کد شناسایی کالیبراسیون	شرح کالیبراسیون	استاندارد	توضیحات

ملاحظات بسته بندی و ارسال آیتمهای کالیبراسیون :

امضاء درخواست دهنده :

درخواست دهنده گرامی :

۱- آزمایشگاه قبل از دریافت درخواست نسبت به انجام کالیبراسیون اقدام نمی نماید.

۲- ابزار مورد نظر را در اسرع وقت به آزمایشگاه تحویل داده و با اخذ رسید از زمان پاسخگویی مطلع شوید.

۳- ارائه گواهینامه کالیبراسیون منوط به پرداخت وجه هزینه کالیبراسیون میباشد.

آدرس : تهران – کیلومتر ۱۰ جاده مخصوص کرج – شماره ۲۴۹ – تلفن تماس : ۰۲۱-۴۸۰۶۷ – داخلی ۱۴۹ نمابر : ۰۲۱-۴۴۵۲۵۸۵۰