| | | |
|---|---|---|
| | فرم درخواست انجام آزمون مشتریان | کدمدرک: FRM-SA-LB-004-00 |

**تکمیل توسط مشتری**

نام و نام خانوادگی: شماره تلفن/ فکس:

نام شرکت/ سازمان/ دانشگاه: آدرس الکترونیکی:

تاریخ درخواست: نمونه بردار:

تعداد نمونه‌ها: نوع نمونه (ها):

آدرس پستی:

آدرس محل نمونه برداری:

**نوع خدمات درخواستی استاندارد انجام آزمون:**

(الزامات خاص مشتری):

نام متقاضی:

تاریخ و امضاء:

قاعده تصمیم‌گیری درخواستی برای ارزیابی انطباق:

در صورت نیاز به انجام آزمون‌ها توسط آزمایشگاه‌های همکار شرکت موافقت ☐می‌نمایم ☐نمی‌نمایم.

توجه: نمونه‌های انجام شده به مدت ..... در آزمایشگاه نگهداری می‌شوند.

**تکمیل توسط آزمایشگاه**

امکان‌پذیری انجام آزمون: ☐ ممکن می‌باشد ☐ ممکن نمی‌باشد.

آزمون‌ها: ☐ درخواستی مشتری می‌باشد ☐ پیشنهادی آزمایشگاه می‌باشد.

نام مسئول انجام آزمون: شماره درخواست: تاریخ دریافت نمونه:

تاریخ انجام آزمون: تاریخ تحویل نتایج (توافقی): تاریخ تحویل نتایج:

دلایل عدم انجام آزمون یا تحویل به موقع:

| کد آزمون | نام آزمون | تعداد نمونه | هزینه آزمون هر نمونه | استاندارد | توضیحات |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**برآورد کل هزینه**

| | | |
|---|---|---|
| کل هزینه نمونه برداری | ریال | **توضیحات:** |
| کل هزینه‌های آماده‌سازی نمونه | ریال | |
| کل هزینه آزمون | ریال | |
| مجموع هزینه‌ها | ریال | |
| تخفیف | ریال | **تایید مدیرفنی:** |
| مالیات بر ارزش افزوده و عوارض | ریال | **تاریخ و امضاء:** |
| **مبلغ دریافتی** | **ریال** | |