



ใบขอรับบริการสอบเทียบ (Calibration Request)

สำหรับผู้ขอรับบริการ

ชื่อผู้ติดต่อ _____ โทรศัพท์ _____

ชื่อบริษัท _____

E-mail _____

ชื่อและที่อยู่สำหรับออกใบรายงานผล _____

รายงานผล ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ระบุวันสอบเทียบครั้งถัดไป ระบุ ไม่ระบุการรับเครื่องมือคืนและใบรายงานผล มารับด้วยตนเอง ไปรษณีย์การส่งตัวอย่าง มาส่งด้วยตนเอง ไปรษณีย์ อื่นๆ ระบุ _____ วันที่ส่งตัวอย่าง: _____

ลำดับที่ Item No.	ยี่ห้อ/รุ่น Band/Model	หมายเลขเครื่อง Serial No.	จุดสอบเทียบ Calibration point

วิธีการสอบเทียบ: วิธีของห้องปฏิบัติการ วิธีการมาตรฐาน(ไปรตระบุ) _____การสอบเทียบ สอบเทียบอย่างเดียว สอบเทียบพร้อมปรับแต่ง

ความต้องการเพิ่มเติม: _____

หมายเหตุ: _____

* เกณฑ์ตาม OIML R126 (ค่าความผิดพลาดสูงสุดรวมกับค่าความไม่แน่นอน ไม่เกิน $\pm 4\text{mg}/100\text{mL}$ และ $\text{SD} \pm 1.3\text{mg}/100\text{mL}$)

** ระยะเวลาในการสอบเทียบ 3-5 วันทำการ // ความเสียหายของเครื่องที่เกิดจากการขนส่งทางบริษัทฯไม่รับผิดชอบทุกประการ

กรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน

โปรดส่งกลับ E-mail:

customerservice@pomedsolution.co.th

ลงนามผู้ขอรับบริการ _____
(_____)

วันที่ _____

ส่วนของผู้ให้บริการ

Job No. _____ วันที่รับตัวอย่าง _____	ทบทวนคำขอรับบริการ
บันทึกเพิ่มเติม กรณีมีการเบี่ยงเบนไปจากคำขอและข้อตกลงจากลูกค้า:	<input type="checkbox"/> สามารถให้บริการได้ทั้งหมด
	<input type="checkbox"/> สามารถให้บริการได้บางส่วน
	<input type="checkbox"/> ปรับปรุงแก้ไขการขอรับบริการ
	<input type="checkbox"/> ปฏิเสธการขอรับบริการ
	ปรับปรุงแก้ไข: _____
	ปฏิเสธการให้บริการเนื่องจาก _____
ลงชื่อ _____ ผู้บันทึก	ลงชื่อ _____ ผู้ทบทวน
(_____)	(_____)
วันที่ _____	วันที่ _____