|  |
| --- |
| تاریخ درخواست: شماره درخواست:  نام متقاضی آزمون: نام سازمان:  آدرس : تلفن: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **توسط متقاضی آزمون یا براساس نامه درخواست تکميل شود** | **ردیف** | **نام و مشخصات نمونه** | **تعداد/مقدار** | **آزمون های درخواستی** | | **روش/شماره استاندارد آزمون** | **توسط آزمایشگاه تکمیل شود** | |
| **محدوده پذیرش**  **توافق شده** | **کد شناسایی نمونه** |
| **1** |  |  |  | |  |  |  |
| **2** |  |  |  | |  |  |  |
| **3** |  |  |  | |  |  |  |
| **4** |  |  |  | |  |  |  |
| **5** |  |  |  | |  |  |  |
| ملاحظات:  بیانیه انطباق بر اساس محدوده پذیرش مورد نظر مطابق با ..........................................................................مورد نیاز □می باشد □ نمی باشد | | | | | | | |
| **توسط آزمایشگاه تکميل شود** | انجام آزمون های فوق در آزمایشگاه امکان پذیر می­باشد□ نمی­باشد □ تاریخ و امضاء بررسی کننده:  ملاحظات:  **نظر مدیر فنی آزمایشگاه:**  محدوده پذیرش توافق شده بر اساس قواعد تصمیم گیری در خصوص انطباق نتایج آزمون با محدود پذیرش مورد نظر متقاضی مطابق با استاندارد ISO/IEC GUIDE 98-4 بر اساس روش □ PC □ گارد باند در سطح اطمینان 95% و ضریب پوشش K=2 می باشد.  آیا نیاز به استفاده از تامین کننده خدمات آزمون است؟ بلی□ خیر □ نام تامین کننده مورد نظر:  برآورد مجموع هزینه انجام آزمون: **تاریخ گزارش دهی نتایج:**  تاریخ و امضاء مدیر فنی: | | | | | | | |
| **موارد انحراف نمونه­(ها) از شرایط لازم:**  مطابق با معیار پذیرش نمونه های دریافتی مورد تایید: می باشد □ نمی باشد □ ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  تاریخ و امضاء بررسی کننده: | | | | | | | |
| نتیجه مذاکرات با متقاضی آزمون (در صورت لزوم) : | | | | | | | | |
| آزمایشگاه متعهد به رعایت اصول محرمانگی اطلاعات مشتری و حقوق مالکیت آنها می باشد به جز در مواردی که قانون الزام کرده باشد.  مدت زمان نگهداری نمونه در آزمایشگاه پس از انجام آزمون های مربوطه حداکثر سه ماه می باشد. | | | | | | | | |
| امضاء متقاضی آزمون :  تاريخ : | | | | | امضاء مدیر آزمایشگاه:  تاريخ : | | | |