|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Markaz3 | مركز پژوهش متالورژي رازي  (سهامي خاص) | | | | **برگه پرسشنامه قطعات ارجاعی به آزمایشگاه** | | | | | | | شماره صفحه | | 1 از 1 |
| شماره برگه | RMRC-WI-504-101-10-F01 | | | | تجديد نظر | | 10 |
| 1- نام شرکت/ شخص: | | | | | | | | | 2- کد اقتصادی/ شناسه ملی/ کد ملی: | | | | | |
| 3- نام قطعه یا نمونه: | | | | | | | | | 4- جنس احتمالی نمونه یا قطعه: | | | | | |
| 5- فرآیند احتمالی تولید و کاربرد: | | | | | | | | | 6- استاندارد مورد درخواست: | | | | | |
| 7- آزمون های پژوهشی مورد درخواست: | | | | | | | | | | | | | | |
| 8- آیا نیاز به تعیین استاندارد و یا تعیین گرید می‌باشد؟ | | | | | بله  خیر | | | | | | | | | |
| 9-وضعیت تخریب نمونه: | | | | | **تخریب شود.**  **تخریب نشود.**  **حداقل تخریب** | | | | | | | | | |
| توضیحات: | | | | | | | | | | | | | | |
| 10- آیا در صورتی که آزمون مورد نظر خارج از دامنه درج شده در گواهینامه 17025 این مرکز باشد، آزمون انجام شود؟ | | | | | | | | | | | بله  خیر | | | |
| 11- آیا باقیمانده قطعات بازگردانده شود؟ | | | | | | بله  خیر | | | | | | | | |
| 12- آیا تست در حضور انجام شود؟ | | | | | | بله  خیر | | | | | | | | |
| 13- نحوه تهیه گزارش: | | | | | | فارسی  انگلیسی | | | | | | | | |
| 14- نحوه ارسال گزارش: | | | | | | | | | | | | | | |
| حضوری | |  | | | |  | |  | | | | | | |
| واتساپ | | شماره: | | | | ایمیل | | آدرس ایمیل: | | | | | | |
| تلگرام | | شماره: | | | | پیک | | آدرس: | | | | | | |
| فکس | | شماره: | | | | پست | | آدرس: | | | | | | |
| 15- نام و نام خانوادگی و شماره تماس کارشناس فنی: | | | | | | | | | | | | | | |
| 16- آیا نمونه شما حاوی مواد سمی، رادیو اکتیو، منفجره و یا هر مورد خطرناک می باشد؟ | | | | | | | | | | | | | | |
| سمی | | | رادیو اکتیو | مواد منفجره یا قابل اشتعال | | | | | موارد خورنده و فرار | هیچ کدام | | | سایر | |
| **«در صورت عدم اشاره به موارد فوق، هرگونه خسارت مالی و جانی ناشی از بروز حادثه به طور کامل بر عهده مشتری می باشد.»** | | | | | | | | | | | | | | |
| نام و نام خانوادگی آورنده نمونه: | | | | | | | تاریخ: **..../..../...** امضاء: | | | | | | | |
| **«مسئولیت هرگونه تغییر در فهرست آزمون‌های مورد درخواست، بر عهده امضاء کننده این فرم می باشد.»** | | | | | | | | | | | | | | |

محل بایگانی: بخش پذیرش

ضمیمه شماره 1 دستورالعمل اجرایی پذیرش نمونه های ارجاعی به مرکز پژوهش متالورژی رازی