تکمیل این فرم به صورت کامل توسط متقاضی الزامی می باشد.

نام متقاضی: **شماره تلفن/ فکس:**

کد اقتصادی / شناسه ملی : **تاریخ درخواست:**

آدرس متقاضی:

ردیف	نام تجهیز/قلم	تعداد	کد تجهیز	سازنده	مدل	گستره کاری تجهیز	ریزنگری تجهیز	گستره درخواستی برای کالیبراسیون	تاریخ کالیبراسیون قبلی

توضیحات: (الزامات خاص مشتری)

- **در صورت نیاز با انجام کار توسط آزمایشگاه‌های پیمانکار شرکت موافقت ☐ می‌نمایم ☐ نمی‌نمایم. (نام پیمانکار:.....)**
- **انجام کالیبراسیون در محل: ☐ سایت شرکت میزان کاران نوین ☐ سایت مشتری انجام می‌شود.**
- **بسته‌بندی و ارسال اقلام آزمون و یا کالیبراسیون پس از انجام کار برای مشتری توسط: ☐ شرکت میزان کاران نوین ☐ نماینده مشتری انجام می‌شود.**

نام و نام خانوادگی درخواست کننده :

تاریخ و امضاء:

لطفاً پس از تکمیل فرم فوق، آن را به شماره فکس 011-33207706-33207708-33209908 ارسال نمایید تا اقدامات لازم جهت اعلام هزینه انجام گردد.