บริษัท แคลิเบรชั่น แลบอราทอรี จำกัด

2/10-11,14, 55 ซอยประเสริฐมนูกิจ 29 แยก 4 ถนนประเสริฐมนูกิจ แขวงลาดพร้าว เขตลาดพร้าว กรุงเทพฯ 10230 โทร 02-578-0353 แฟกซ์ 02-578-2672 อีเมล sale@cal-laboratory.com

แบบฟอร์มขอใบเสนอราคา

วันที่: _____

ชื่อผู้ติดต่อ: _____ **เบอร์ติดต่อ:** _____ **อีเมล:** _____

ชื่อบริษัท: _____

ที่อยู่บริษัท: _____

ประเภทบริการ: ☐ สอบเทียบในห้องปฏิบัติการ (In Lab) ☐ สอบเทียบนอกสถานที่ (Onsite)

หมายเหตุ หากลูกค้ามีช่วงวันที่ที่ต้องการโปรดระบุ **(ช่วงวันที่ที่ต้องการ:** _____)

ลำดับ No.	ชื่อเครื่องมือ Instrument Name	ยี่ห้อ/บริษัทผู้ผลิต Brand/Maker	รุ่น Model	จุดสอบเทียบ Calibration Points	Accreditation สมอ.	Accreditation ANAB	เกณฑ์การยอมรับ Tolerance Limit/ MPE.	จำนวน Quantity	หมายเหตุ Remarks
					☐	☐			
					☐	☐			
					☐	☐			
					☐	☐			
					☐	☐			
					☐	☐			
					☐	☐			
					☐	☐			
					☐	☐			
					☐	☐			
					☐	☐			
					☐	☐			
					☐	☐			
					☐	☐			

หมายเหตุ

1. หากลูกค้าไม่ได้ระบุข้อมูล **จุดสอบเทียบและ Accreditation** จะดำเนินการสอบเทียบตามมาตรฐานของทางบริษัท แคลิเบรชั่น แลบอราทอรี จำกัด
2. หากลูกค้ามีการกำหนดเกณฑ์การยอมรับของเครื่องมือ โปรดระบุลงในคอลัมน์ **เกณฑ์การยอมรับ**
3. หากลูกค้ามี **ความต้องการอื่นๆ** เพิ่มเติม โปรดระบุ

ความต้องการอื่นๆ :

ลงชื่อผู้ขอใบเสนอราคา: _____

วันที่: / /