

Kalibrasyon Talep No.		Tarih	
------------------------------	--	--------------	--

FİRMA BİLGİLERİ

FİRMA ADI			
FİRMA ADRESİ			
Tel		Vergi Dairesi	
Faks		Vergi No	

FİRMA TEMSİLCİSİNİN

Adı		GÖREVİ			
SOYADI		Tel		E-Mail	

KALİBRASYONU YAPILACAK CİHAZ LİSTESİ

CİHAZLARIN KALİBRASYON YERLERİNİN BELİRTİLMESİ ZORUNLUDUR!

No	Cihaz Adı	Marka/Model	Ölçüm Aralığı/Çözünürlük	Kalibrasyon Aralığı/Noktaları	<u>Kalibrasyon Metodu</u>	Adet	Tahmini Kalibrasyon Bitiş Tarihi	Cihaz Teslim-Alış Şekli	Kalibr. Yeri
1								E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
2								E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
3								E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
4								E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
5								E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>

Kalibrasyonu Talep Eden Yetkili (Firma Adına)

Onaylayan (HÜNERLİ MEDİKAL Adına)

(Ad-Soyad)
(İmza-Kaşe)
Tarih

(Ad-Soyad)
(İmza-Kaşe)
Tarih

L: Kalibrasyonu laboratuvarımızda yapılacak cihaz
S: Kalibrasyonu Firmanızda yapılacak cihaz

E: Teslimi-alışı, Firma tarafından elden yapılacak cihaz
K: Teslimi-alışı, Firma tarafından kargo ile yapılacak cihaz

* Müşteri tarafından Uygunluk beyanı istenilmesi durumunda, uygunluk için bir standart veya şartname sunulması zorunludur

* Uygunluk beyanı, verilen standart ve şartname incelenmesi sonrasında müşteri ile teyitleşerek yapılır.

Uygunluk Beyanı isteniyor ise belirtiniz :

Evet

Hayır

Şartname/Standart:Örnek

Sapma $\pm U \leq$ Tolerans olduğunda " UYGUN" ;

Sapma \leq Tolerans olduğunda " UYGUN

***Müşteri uygulanacak karar kuralı konusunda bilgi vermediği durumlarda basit karar kuralı uygulanacaktır.**