แบบฟอร์มคำขอรับบริการสอบเทียบ

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 1 เลขที่.....

<u>ส่วนที่ 1</u> (สำหรับลูกค้า/ผู้ขอรับบริการ)

1.ข้อมูลลูกค้า/ผู้ขอรับบริการ

ชื่อ.....นามสกุล.....สถานที่ติดต่อ.....

เลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-ail.....

2. ชื่อและที่อยู่ที่ต้องการให้ระบุในใบรายงานผลการสอบเทียบ ☐ ชื่อ-ที่อยู่ ที่ระบุ ข้อ 1.

☐ ตามชื่อ-ที่อยู่ ดังนี้.....

.....

3. รายละเอียดตัวอย่างและรายการสอบเทียบ/เครื่องมือที่ใช้ (ให้กรอกรายละเอียดในส่วนที่ 2)

3.1 จำนวนเครื่อง.....ตัวอย่าง

3.2 การรับรายงานผลสอบเทียบและการส่งคืนตัวอย่างสอบเทียบ ☐ มารับเอง ☐ ส่งทางไปรษณีย์ ชื่อ-ที่อยู่ ที่ระบุ ข้อ 1.

☐ ส่งทางไปรษณีย์ ตามชื่อ-ที่อยู่ ดังนี้.....

.....

3.3 การชำระเงิน ☐ เงินสด ☐ เงินโอน ☐ เช็ค

3.4 หมายเหตุ ช่องทางการโอนหรือออกเช็ค ธนาคาร ..... เลขที่บัญชี .....

ส่วนที่ 2 รายละเอียดเครื่องมือ

เลขที่.....

ลำดับ	รายการเครื่องมือ	ยี่ห้อ	รุ่น	S/N	อุปกรณ์ประกอบ	หมายเหตุ
1					☐ แบตเตอร์รี่ ☐ Adapter ☐ สายไฟ AC ☐ อื่น ๆ	
2					☐ แบตเตอร์รี่ ☐ Adapter ☐ สายไฟ AC ☐ อื่น ๆ	
3					☐ แบตเตอร์รี่ ☐ Adapter ☐ สายไฟ AC ☐ อื่น ๆ	
4					☐ แบตเตอร์รี่ ☐ Adapter ☐ สายไฟ AC ☐ อื่น ๆ	
5					☐ แบตเตอร์รี่ ☐ Adapter ☐ สายไฟ AC ☐ อื่น ๆ	
6					☐ แบตเตอร์รี่ ☐ Adapter ☐ สายไฟ AC ☐ อื่น ๆ	
7					☐ แบตเตอร์รี่ ☐ Adapter ☐ สายไฟ AC ☐ อื่น ๆ	
8					☐ แบตเตอร์รี่ ☐ Adapter ☐ สายไฟ AC ☐ อื่น ๆ	

ลงชื่อ.....ขอรับบริการ

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ประสานงาน