

تکمیل توسط مشتری یا مشارکت کننده

نام سازمان:	تاریخ درخواست:
شماره تلفن:	شماره فکس:
نام و نام خانوادگی رابط:	شماره همراه:
پست سازمانی رابط:	پست الکترونیکی:
استان:	شهر:
شناسه ملی شرکت:	کد پستی:
شماره اقتصادی:	
آدرس پستی:	
دارای گواهینامه تایید صلاحیت بر اساس:	
ISO 17025	گواهینامه استانی (همکار استاندارد)
آزمایشگاه سازمان دامپزشکی	آزمایشگاه کنترل غذا و دارو
سایر:	آزمایشگاه همکار / مجاز وزارت بهداشت

نوع خدمات درخواستی: (الزامات خاص مشتری یا مشارکت کننده):

نام الگو:

کد الگو:

نوع ماده / محصول:

توضیحات:

نام متقاضی:

تاریخ و امضاء:

تکمیل توسط مدیر فنی مرکز آزمون مهارت

آزمون مهارت:	☐ درخواستی مشتری می باشد.	☐ پیشنهادی مرکز آزمون مهارت می باشد.
امکان پذیری انجام آزمون مهارت:	☐ ممکن می باشد.	☐ ممکن نمی باشد.
دلایل عدم انجام یا رد درخواست:		
کد مشارکت کننده:		
تاریخ برگزاری آزمون:	تاریخ ارسال ارقام:	مهلت ارسال نتایج:
توضیحات:		
تایید مدیر فنی:		
تاریخ و امضاء:		