

MUAYENE TALEP FORMU*INSPECTION REQUEST FORM*

NDT SERVİS ve MÜHENDİSLİK HİZMETLERİ LTD. ŞTİ.

TS EN ISO/IEC 17020-MUAYENE HİZMETLERİ SİSTEMİ

Firma / Kurum Adı:		Talep Tarihi:	
Yetkili Adı, Soyadı:		Telefon:	
İrtibat Adresi:		e-posta:	
Proje İsmi:			
İlgili Standart veya Şartnameler:			
Talep Edilen Tahribatsız Muayene/ler	<input type="checkbox"/> Radyografik Muayene <input type="checkbox"/> Ultrasonik Muayene <input type="checkbox"/> Manyetik Partikül Muayenesi <input type="checkbox"/> Sıvı Penetrant Muayenesi <input type="checkbox"/> PMI Testi	<input type="checkbox"/> Gözle Muayene <input type="checkbox"/> Girdap Akımları Muayenesi <input type="checkbox"/> Sertlik Ölçümleri <input type="checkbox"/> Vakum Testi <input type="checkbox"/> Radyografik Film Değerlendirme	
Talep Edilen Kaynaklı İmalat	<input type="checkbox"/> Kaynaklı İmalat Gözetimi <input type="checkbox"/> Kaynak Prosedürü Onayı		
Varsa İlave Açıklama ve Talepler:			