

**MUAYENE TALEP FORMU**

INSPECTION REQUEST FORM



TS EN ISO/IEC 17020-MUAYENE HİZMETLERİ SİSTEMİ

**Muayene Talebi Yapan Müşterinin (BU KISIM MÜŞTERİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR)**

Firma / Kurum Adı:		Talep Tarihi:	
Yetkili Adı, Soyadı:		Telefon:	
İrtibat Adresi:		Faks:	
Vergi D./No:		e-posta:	

**Talep Edilen Muayene ile ilgili açıklama (BU KISIM MÜŞTERİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR)**

Proje İsmi:	
İlgili standart veya Şartnameler:	
Tahribatsız Muayeneler	<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
Kaynaklı İmalat	<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
	<input type="checkbox"/> Kaynaklı İmalat Gözetimi <input type="checkbox"/> Kaynak Prosedürü Hazırlanması ve Onayı <input type="checkbox"/> Kaynak Personellerinin Değerlendirilmesi
İlave açıklama ve talepler:	

**Talebi Alan Muayene Teknik Sorumlusu (BU KISIM CSM NDT YETKİLİSİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR)**

Adı, Soyadı:		Tarih:	
		İmza:	
Talep No:		Açıklayıcı Bilgi:	
Sözleşme No:		Onay:	
Sözleşme Tarihi:			

**MUAYENE TEKLİF BÖLÜMÜ ONAYI**

Toplam Muayene Ücreti	<b>Onaylı Teklif Formu Geçerlidir.</b>
Banka Hesap No	<b>CSM NDT Servis ve Mühendislik Hizmetleri Ltd. Şti. ZİRAAT BANKASI IBAN: TR38 0001 0015 7064 5382 2750 01</b>

Müşterilere ait gizli bilgilerin, rapor, test ve kalibrasyon sonuçları ve tescilli hakların korunacağını, personelin güvensizlik yaratacak herhangi bir faaliyette bulunmasının önleneceğini, taahhüt eder.

Teklif Formunu Düzenleyen	Teklif Formunu Onaylayan	Teklifi Kabul Eden Müşteri
Adı, Soyadı		
Tarih		
İmza		