

Laboratorium	Zlecenie na wykonanie testu z dnia: / / 20.....	strona: 1/2
--------------	--	-------------

ZLECENIODAWCA										
Pełna Nazwa zleceniodawcy:										
Adres:	Ul.:						Nr:			
	Kod:			-			Miasto:			
Kontakt:	Tel.:					Fax:				
NIP:										
Osoba kontaktowa:							Tel.:			
Czy zleceniodawca jest właścicielem aparatu(ów)?*						TAK		NIE		
1) Zleceniodawca posiada zgodę właściciela aparatu(ów):*						TAK		NIE		
1) Dane właściciela aparatu(ów):										
ODBIÓR WYNIKÓW*										
- drogą pocztową										
- osobiście w siedzibie laboratorium										
APARAT nr 1										
Typ:										
Nazwa:										
Model:										
Rok Produkcji:										
Rodzaj testu (metoda):*		- specjalistyczny (zgodnie z Rozp. M. Z. z dnia 25 sierpnia 2005) - podstawowy (zgodnie z Rozp. M. Z. z dnia 25 sierpnia 2005) - akceptacyjny (zgodnie z normą PN-EN 61223-X-X)								
Miejsce testu (sala / pokój):										
Proponowana data wykonania:										
INFORMACJE DODATKOWE										
System AEC*:		TAK		NIE		Ilość negatoskopów:				
Ilość ciemni:		Automatyczne			Ręczne			Cyfrowe		
Ilość kaset:					Analogowe			Cyfrowe		
DODATKOWE UWAGI:										
Miejscowość:										
Data:	 Podpis i pieczęć zleceniodawcy								

* odpowiednie zaznaczyć

1) wypełnić w przypadku gdy zleceniodawca nie jest właścicielem aparatu

W przypadku większej ilości aparatów proszę wydrukować tyle tabeli ile aparatów.
Wypełnione zlecenie proszę wysłać na poniższy numer faxu lub adres e-mail.

Laboratorium	Informacje o aparatach	strona: 2/2
--------------	-------------------------------	-------------

APARAT nr....							
Typ:							
Nazwa:							
Model:							
Rok Produkcji:							
Rodzaj testu (metoda):*		<ul style="list-style-type: none"> - specjalistyczny (zgodnie z Rozp. M. Z. z dnia 25 sierpnia 2005) - podstawowy (zgodnie z Rozp. M. Z. z dnia 25 sierpnia 2005) - akceptacyjny (zgodnie z normą PN-EN 61223-X-X) 					
Miejsce testu (sala / pokój):							
Proponowana data wykonania:							
INFORMACJE DODATKOWE							
System AEC**:		TAK		NIE		Ilość negatioskopów:	
Ilość ciemni:		Automatyczne		Ręczne		Cyfrowe	
Ilość kaset:				Analogowe		Cyfrowe	
DODATKOWE UWAGI:							

APARAT nr....							
Typ:							
Nazwa:							
Model:							
Rok Produkcji:							
Rodzaj testu:*		<ul style="list-style-type: none"> - specjalistyczny (zgodnie z Rozp. M. Z. z dnia 25 sierpnia 2005) - podstawowy (zgodnie z Rozp. M. Z. z dnia 25 sierpnia 2005) - akceptacyjny (zgodnie z normą PN-EN 61223-X-X) 					
Miejsce testu (sala / pokój):							
Proponowana data wykonania:							
INFORMACJE DODATKOWE							
System AEC**:		TAK		NIE		Ilość negatioskopów:	
Ilość ciemni:		Automatyczne		Ręczne		Cyfrowe	
Ilość kaset:				Analogowe		Cyfrowe	
DODATKOWE UWAGI:							