



POMED SOLUTION CO.,LTD.

ห้องปฏิบัติการสอบเทียบ ไปเมค โซลูชั่น จำกัด 77/154 อาคาร สีนสาธร ชั้น 35 ถนนกรุงธนบุรี แขวงคลองตันใต้ เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600
โทร +66 2 862 0254 แฟกซ์ +66 2 862 0254

ใบขอรับบริการสอบเทียบเครื่องวัดแอลกอฮอล์ด้วยวิธีการจำลองไอแอลกอฮอล์ Wet Bath (Calibration Request)

สำหรับผู้ขอรับบริการ

ชื่อผู้ติดต่อ	โทรศัพท์
ชื่อบริษัท	
E-mail	
ชื่อและที่อยู่สำหรับออกใบรายงานผล	

รายงานผล	☐ ภาษาไทย	☐ ภาษาอังกฤษ	ระบุวันสอบเทียบครั้งถัดไป	☐ ระบุ	☐ ไม่ระบุ
การรับเครื่องมือคืนและใบรายงานผล	☐	มารับด้วยตนเอง	☐	ไปรษณีย์	
การส่งตัวอย่าง	☐ มาส่งด้วยตนเอง	☐ ไปรษณีย์	☐	อื่นๆ ระบุ	วันที่ส่งตัวอย่าง:

ลำดับที่ Item No.	ชื่อ/รุ่น Band/Model	หมายเลขเครื่อง Serial No.	จุดสอบเทียบ Calibration point

วิธีการสอบเทียบ:	☐ วิธีของห้องปฏิบัติการ	☐ วิธีการมาตรฐาน (โปรดระบุ)
ความต้องการเพิ่มเติม:		
หมายเหตุ:		

**** ระยะเวลาในการสอบเทียบ 3-5 วันทำการ // ความเสียหายของเครื่องที่เกิดจากการขนส่งทางบริษัทฯ ไม่รับผิดชอบทุกประการ**
****ห้องปฏิบัติการจะออกใบรับรองสอบเทียบตามข้อมูลที่แจ้งมา โปรดตรวจสอบชื่อและที่อยู่ให้ถูกต้อง การแก้ไขใบรับรองสอบเทียบมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม**

กรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน

โปรดส่งกลับ E-mail:
customerservice@pomedsolution.co.th

ลงนามผู้ขอรับบริการ	
(	)
วันที่	

ส่วนของผู้จำหน่าย

Job No.	วันที่รับตัวอย่าง	ทบทวนคำขอรับบริการ
บันทึกเพิ่มเติม กรณีมีการเบี่ยงเบนไปจากคำขอและข้อตกลงจากลูกค้า:		☐ สามารถให้บริการได้ทั้งหมด
		☐ สามารถให้บริการได้บางส่วน
		☐ ปรับปรุงแก้ไขการขอรับบริการ
		☐ ปฏิเสธการขอรับบริการ
		ปรับปรุงแก้ไข:
		ปฏิเสธการให้บริการเนื่องจาก
ลงชื่อ	ผู้บันทึก	ลงชื่อ
(	)	(
วันที่		วันที่