



มูลนิธิพัฒนามูลนิธิเพื่อสถาบันอาหาร
 2008 ซอยอรุณอมรินทร์ 36 ถนนอรุณอมรินทร์ แขวงบางยี่ขัน เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร 10700 ประเทศไทย
 FOUNDATION FOR INDUSTRIAL DEVELOPMENT NATIONAL FOOD INSTITUTE
 2008 Soi Arun Ammarin 36, Arun Ammarin Rd., Bangyeekhan, Bangplad, Bangkok 10700 Thailand
 Tel. +66(0)2422 8688 Fax.+66(0)2422-8545 www.nfi.or.th TAX ID no. 0 9940 00005 56 3 Branch no. 00003

CALIBRATION REQUEST FORM

No. _____

1) ชื่อบริษัท/ห้าง Customer name : _____ ที่อยู่ Address : _____	5) อ้างอิงใบเสนอราคาเลขที่ Ref.quote no. : _____	6) กรณีนอกสถานที่ Onsite / NFI Only : _____ วันที่ _____ ผู้ปฏิบัติงาน _____ คน/วัน ค่าพาหนะ _____ บาท ค่าที่พัก _____ บาท หมายเหตุ _____
2) สำหรับรายงานผล Report name (Eng Only) : _____ ที่อยู่ Address (Eng Only) : _____	<input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ด้านบน 1) Same as above 1)	
3) สำหรับใบเสร็จรับเงิน Bill name : _____ ที่อยู่ Address : _____	<input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ด้านบน 1) Same as above 1) <input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ด้านบน 2) Same as above 2)	

4) ชื่อ-สกุลผู้ติดต่อ Contact person : _____	ตำแหน่ง Position : _____	อีเมล e-mail : _____	มือถือ Mobile: _____	โทรศัพท์ Tel. : _____	โทรสาร Fax. : _____
---	-----------------------------	-------------------------	-------------------------	--------------------------	------------------------

ลำดับ No.	ชื่อเครื่องมือ (ระบุในใบ Cert.) Instrument Name	ผู้ผลิต Manufacturer	รุ่น Model	หมายเลขเครื่อง Serial No.	รหัสเครื่องมือ ID.No.	ความจุ Capacity	ความละเอียด Resolution	จุดสอบเทียบ Calibration Point	รับรอง Acc.	ประเภท On site / Inhouse	หมายเลขปฏิบัติการ NFI code for NFI Only

หมายเหตุ/ Remarks : _____

ทบทวนข้อตกลง/Contact review : สำหรับลูกค้า/Customer Only a) รับ-ส่งคืนเครื่องมือ /Return Instrument <input type="checkbox"/> ส่ง-ตนเอง-ผู้แทน <input type="checkbox"/> รับคืน-ตนเอง-ผู้แทน/By Hand <input type="checkbox"/> ส่ง-NFI บริการ <input type="checkbox"/> รับคืน-NFI บริการ/By NFI Delivery <input type="checkbox"/> ส่ง-ไปรษณีย์ <input type="checkbox"/> รับคืน-ไปรษณีย์/By Mail (คิดค่าใช้จ่าย) <input type="checkbox"/> ส่ง-ขนส่ง <input type="checkbox"/> รับคืน-ขนส่ง/By Logistics(คิดค่าใช้จ่าย)	b) จัดส่งผลฉบับจริง/Original report <input type="checkbox"/> รับ-ตนเอง-ผู้แทน/By Hand <input type="checkbox"/> รับ-ไปรษณีย์ /EMS To Cust.name <input type="checkbox"/> รับ-ไปรษณีย์ /EMS To Report name <input type="checkbox"/> รับ-ไปรษณีย์ /EMS To Bill name	vii) มอบหมายงานสอบเทียบ/Distribute to : <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> OT ผู้มอบหมาย : _____ วันที่ : _____ ผู้สอบเทียบ : _____ วันที่ : _____																														
c) ข้อตกลง/Terms and Conditions <ul style="list-style-type: none"> วิธีการสอบเทียบอ้างอิงตามวิธีมาตรฐาน ใบเสนอราคา/ใบเสร็จรับเงิน เครื่องมือที่สอบเทียบต้องมีสภาพสมบูรณ์ หากพบว่ามีข้อบกพร่องระหว่างการสอบเทียบ สถาบันอาหาร ขอสงวนสิทธิ์เก็บค่าบริการทั้งหมดหรือบางส่วน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง สถาบันอาหาร จะรับผิดชอบต่อความเสียหาย ที่พิสูจน์ได้ว่าเกิดขึ้นจากความผิดพลาดของสถาบันฯ จริง โดยชดเชยไม่เกินค่าใช้จ่ายในการสอบเทียบเครื่องมือชิ้น ไม่มีบริการด้านการให้ความเห็นและการแปรผล ชำระค่าบริการตามระเบียบของสถาบันอาหาร หรือตามข้อตกลงเครดิต <input type="checkbox"/> ข้าพเจ้ายอมรับข้อตกลงข้างต้น	สำหรับสถาบันอาหาร/NFI use Only i) กำหนดส่งผล/TAT : _____ (กรุณาโทรมาสอบถามก่อนมารับผล) ii) การใช้บริการส่งมอบเทียบ/Sent to : <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ ผู้รับค่าขอ : _____ วันที่ : _____	viii) บันทึกการประสานงานลูกค้า/Contact records: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Date</th> <th>Cust.</th> <th>Detail</th> <th>Contact</th> <th>Date</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Date	Cust.	Detail	Contact	Date																									
Date	Cust.	Detail	Contact	Date																												
ผู้ส่งเครื่องมือ/Submitted by : _____ วันที่/Date : _____	iii) สภาพเครื่องมือ/Condition : <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ iv) คู่มือการใช้งาน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี จำนวน _____ เล่ม v) บรรจุภัณฑ์ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี จำนวน _____ กล่อง vi) สถานที่เก็บเครื่องมือ/Storage no. : <input type="checkbox"/> On site <input type="checkbox"/> In-house (Room 212)	ผู้รับเครื่องมือ : _____ วันที่ : _____																														