

****โปรดนำแบบขอรับบริการมาด้วยทุกครั้งในการรับรายงานผล****

① โปรดให้ข้อมูลผู้ขอรับบริการ

แบบขอรับบริการวิเคราะห์/ทดสอบ

4 เฉพาะเจ้าหน้าที่

เลขที่รับงาน
วันที่
เลขที่ใบสั่งขาย
เลขที่ใบแจ้งหนี้

ชื่อผู้ขอรับบริการ/หน่วยงาน

เลขที่บัตรประชาชน/นิติบุคคล

ที่อยู่ ระบุในรายงานผลการวิเคราะห์

..... โทรศัพท์ โทรสาร

..... ออกใบเสร็จรับเงิน

..... จัดส่งรายงานผล

ประกอบธุรกิจ/อุตสาหกรรมด้าน ชื่อ-นามสกุล ผู้ติดต่อเมื่องานเสร็จ

ให้ติดต่อส่งใบแจ้งหนี้ทาง โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail :.....

รายละเอียดของตัวอย่าง วันที่ส่งตัวอย่าง ชื่อตัวอย่าง (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ข้อมูลบ่งชี้ตัวอย่าง Lot no.

Product No. อื่น ๆ จำนวน ตัวอย่าง ตัวอย่างละ ชิ้น

การเก็บรักษา ที่อุณหภูมิห้อง ในตู้เย็น อื่นๆ ข้อควรระวัง (ถ้ามี)

เทคนิค/วิธีการทดสอบที่ต้องการขอรับบริการ/รายละเอียดของการวิเคราะห์

อ้างอิงตามใบเสนอราคา เลขที่ อ้างอิง P.O. เลขที่

รูปแบบผลการวิเคราะห์ที่ต้องการ ผลการวิเคราะห์ ผลการวิเคราะห์พร้อมรายงาน แปลผล/ความคิดเห็น

รายงานผลเป็นภาษา ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ

การรับรายงานผล .. รับผลด้วยตนเอง ส่งผลไปรษณีย์ (60 บาท) .. รับผล PDF file ทาง E-mail :

การรับตัวอย่างคืน ยินยอมให้ทำลาย เข้ามารับด้วยตนเอง (ภายใน 30 วันยินยอมให้กำจัดทำลาย) ส่งคืน ไปรษณีย์ (100 บาท)

การชำระเงิน ชำระค่าบริการก่อนทดสอบ ชำระค่าบริการแบบมีนิติกรรมสัญญา เลขที่สัญญา

หมายเหตุ :

1. ศูนย์ฯ จะไม่รับบริการชิ้นงานตัวอย่างที่ปนเปื้อนสารกัมมันตรังสีทุกชนิด หากพบว่ามีสารปนเปื้อน ผู้เป็นเจ้าของชิ้นงานต้องรับผิดชอบผลกระทบและค่าเสียหายที่เกิดขึ้น
2. ท่านสามารถเลือกชำระค่าบริการจากวิธีการดังนี้ (1) QR Code (2) เช็คธนาคารส่งจ่ายในนาม “สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ” (3) การโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกรุงเทพ จำกัด สาขา อุทยานวิทยาศาสตร์ บัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชี “สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ” เลขที่ 080-000001-0 และส่งหลักฐานการโอนเงิน (pay in slip) ที่ระบุเลขที่ใบเสนอราคา/ชื่อบริษัท/หน่วยงานของท่านมาที่ e-mail: BDD-CS@mtec.or.th หรือ โทรสารหมายเลข 02 564 6335
3. ศูนย์ฯ จะส่งมอบรายงานผลหรือผลการวิเคราะห์ภายหลังจากได้รับเงินค่าบริการครบจำนวนแล้ว

ลงชื่อ

(.....) (ตัวบรรจง)

(ผู้ยื่นคำขอใช้บริการ)

วันที่/...../.....

เฉพาะเจ้าหน้าที่

②

เจ้าหน้าที่ผู้รับงานลงชื่อ (ตัวบรรจง) วันที่รับตัวอย่าง/...../.....

ตัวอย่างตรงตามข้อมูลบ่งชี้จากลูกค้า ใช่ ไม่ใช่ จำนวนตัวอย่าง ครบถ้วน ไม่ครบถ้วน เนื่องจาก

③

ค่าบริการที่ต้องชำระ บาท วันที่นี้ครบผลงาน

เอกสารหลักฐานการขอใช้บริการแบบชำระ ณ วันที่นี้ครบผลงานครบถ้วนแล้ว ลงชื่อผู้ตรวจสอบ

เบอร์ติดต่อ :

ชื่อเจ้าหน้าที่