

MÜŞTERİ FİRMA / KURUM BİLGİLERİ

Firma İsmi:

Adres:

☎ :

📠 :

@:

Not: Müşteri, muayene edilen LAF Kabini sahibi değilse, muayene talep formunda muayene yapılacak firma bilgilerini lütfen doldurunuz.

MUAYENE YAPILACAK FİRMA / KURUM BİLGİLERİ

Firma İsmi:

Adres:

☎ :

📠 :

@:

Yetkili Kişi ve Görevi:

LAF Kabini Bilgileri

Lütfen aşağıdaki bilgileri eksiksiz doldurunuz.

Markası	Modeli	Seri Numarası	Bulunduğu Yer

LAF Kabini Bilgileri

Kullanım Amacı	
HEPA Filtre Tipi	
En Son Muayene Tarihi	
Talep Edilen Muayene Tarihi	
Hava Temizlik Sınıfı ISO 14644-1 EU/GMP	
Not: LAF kabininin imalatçısı tarafından verilen cihazın teknik ve performans özelliklerinin gösterildiği bilgilerin ve ilgili dosyaların İntertest 'e gönderilmesini rica ederiz.	

Talep Edilen Muayene

Muayene Adı (Lütfen talep ettiğiniz muayene için solundaki kutucuğu işaretleyiniz)		Muayene gerçekleştirilebilme durumu* *Bu bölüm muayene kuruluşu tarafından doldurulacaktır Uygun Uygun Değil (Gerekeçe ile birlikte)	
<input type="checkbox"/>	Hava Debisi, Hava Hızı ve Aynılığının Ölçülmesi		
<input type="checkbox"/>	HEPA ve ULPA filtre donanımı sızdırmazlık testi		
<input type="checkbox"/>	Partikül sayımı ve temiz alanın hava temizliğinin partikül konsantrasyonu ile sınıflandırılması		
<input type="checkbox"/>	Hava Akış Karakteristiğinin Görselleştirmesi		
Diğer (Lütfen ayrıntılı bir şekilde belirtiniz)			

Testler Dışındaki Özel Talep ve Notlar

--

Talebin Değerlendirilmesi
(Bu bölüm muayene kuruluşu tarafından doldurulacaktır)

Teklif No:
