



ศูนย์การบรรจุหีบห่อไทย (สบท.)

คำขอบริการ

คำขอบริการที่...../.....

รหัส...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ในนาม..... ประเภทกิจการ.....

สถานที่ติดต่อเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

โทรสาร..... มีความประสงค์ขอรับบริการงานบริการทดสอบเพื่อ.....

- เป็นสมาชิกศูนย์การบรรจุหีบห่อไทยประเภท นิติบุคคล สามัญบุคคล ไม่เป็นสมาชิก
- ต้องการรายงานผลเป็นภาษา ไทย อังกฤษ
- ข้าพเจ้ายินดีชำระค่าบริการ ตามระเบียบของ วว.
- ตัวอย่างที่นำมาขอบริการ ไม่ขอรับคืน ขอรับคืน ภายใน 30 วัน หลังจากได้รับรายงานผล
- หลังจากการทดสอบ/วิเคราะห์แล้วหากตัวอย่างชำรุดเสียหายหรือขัดข้อง ข้าพเจ้ายินดีรับคืนโดยไม่คิดค่าเสียหายจาก วว.

สำหรับเจ้าหน้าที่

กำหนดเสร็จ.....

ค่าบริการ (รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม).....บาท

ประเภทและรหัสตัวอย่างที่ระบุโดยผู้ให้บริการ	จำนวน	รายการทดสอบที่ขอรับบริการ
ประเภท ตัวอย่าง	
รหัส		

หมายเหตุ

▶ กรุณานำเอกสารนี้มาติดต่อในการรับผลทดสอบ ◀

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

()

()

ผู้ขอรับบริการ

ผู้รับคำขอบริการ

โทรศัพท์: 0 2579 5515, 02579 0160 ต่อ 3101, 3102 โทรสาร: 0 2579 7573

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย

FS-PKL-03-001 Issue No.1 Rev. No. 1

๑๕๖ พหลโยธิน จตุจักร กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

โทร (๖๖) ๐ ๕๗๙๑๑๒๑-๓๐, ๐ ๒๕๗๙๕๕๑๕, ๐ ๒๕๗๙๐๑๖๐ โทรสาร ๐ ๒๕๖๑๔๗๑๑

E-mail: tistr@tistr.or.th WWW.tistr.or.th