



กรอกข้อมูลรายละเอียดผู้ติดต่อ ชื่อ-ที่อยู่บริษัทให้ครบถ้วน
(ชื่อบริษัทดังกล่าวจะไปปรากฏในใบรายงานผล)

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 สบท.
- ตัวอย่างที่นำมาขอบริการ ไม่ขอรับคืน ขอรับคืน ภายใน 30 วัน หลังจากรับใบรายงานผล
- หลังจากรายการทดสอบ/วิเคราะห์แล้วหากตัวอย่างชำรุดเสียหายหรือจัดซื้อซ้ำ ข้าพเจ้ายินดีรับคืนโดยไม่คิดค่าเสียหาย

ระบุสถานะสมาชิกของบริษัท (สมาชิกลด 10%)

ระบุภาษาที่ต้องการ (เลือก 2 ภาษา เพิ่ม 214 บาท)

ระบุความต้องการรับคืนตัวอย่างหลังการทดสอบเสร็จ

สำหรับเจ้าหน้าที่

กำหนดเสร็จ..... คำบริการ (รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม.....)

ประเภทและรหัสตัวอย่างที่ระบุโดยผู้ใช้บริการ	จำนวน	รายการทดสอบ
ประเภท รหัส ระบุชื่อตัวอย่างที่ต้องการให้ปรากฏในใบรายงานผล (ควรเป็นชื่อที่ชี้เฉพาะ) เช่น ประเภท พาเลทไม้ รหัส 007-14-2555 ตัวอย่าง	รายการทดสอบที่ต้องการทดสอบตามลำดับ เช่น 1) Drop test 2) Compression Strength

หมายเหตุ

กรุณาระบุเอกสารแนบติดต่อกับการรับผลทดสอบ

ลงชื่อ..... (.....) ผู้ขอรับบริการ

ลงชื่อ..... (.....) ผู้รับคำขอบริการ

ลงลายมือชื่อผู้ขอรับบริการ