



Directorate of Testing & Metrology

إدارة الفحص والمقاييس

استمارة طلب معايرة
Request for Calibration

رقم الطلب Order No.	تاريخ Date
------------------------	---------------

الرقم الشخصي CPR	مقدم من Submitted By
---------------------	-------------------------

Client information

معلومات التعرف على الزبون

عنوان الشركة Company Address	رقم السجل التجاري CR Number	الاسم التجاري Commercial Name
البريد الإلكتروني Email	الفاكس Fax	الهاتف الثابت Land Line
		الهاتف النقال Mobile Number

Bank Account Details (If Available)

معلومات عن الحساب البنكي إن وجد

اسم البنك Bank Name	رقم الحساب ونوعه Account Number & Type
الاسم: المستفيد/المستفيدين وبياناتهم Beneficiary Name(s) & Details	تفاصيل حساب المستفيد/المستفيدين Beneficiary Accounts Details





Instruments to be calibrated

الأجهزة المراد معايرتها

الرقم No	أسم الأداة / الجهاز Instrument Name	العدد Quantity	السعة Range/ Capacity	الدقة Accuracy	رقم التسلسل Serial No.	رقم الطراز Model No.	رقم الهوية ID/Code No.	المبلغ Fee	
								د.ب BD	فلس Fils
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11	المواصلات Transportation Fee								
المجموع Total									

التوقيع Signature	التاريخ Date
----------------------	-----------------

Receipt of the Instruments (For official use only)

استلام الأجهزة (للاستعمال الرسمي)

اسم المستلم Received By*	1
تاريخ استلام الأجهزة Received Date*	2
الملاحظات Remarks	3
التوقيع Signature	4

*In case of site calibration (1) & (2) need not to be

*إنشاء المعايرة في الموقع (1) و (2) لا يحتاج للملء

