

Ref. No. :

กำหนดวันรับรายงานผลสอบเทียบเครื่องมือ :

โครงการทดสอบวัสดุก่อสร้าง

ภาควิชาวิศวกรรมโยธา คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตำบลแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี 20131
โทรศัพท์ 0 3810 2222 ต่อ 3356 หรือ 090-380-4704 โทรสาร 0 3810 2222 ต่อ 3355

ผู้ขอรับบริการสามารถตรวจสอบสถานะการออกรายงานผลทดสอบได้ที่ <http://www.next.cebuu.net>

ใบเสร็จรับเงิน

เล่มที่

เลขที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน คณะบดีคณะวิศวกรรมศาสตร์

ข้าพเจ้า ในนาม

ตำแหน่ง รายละเอียดในการออกใบสำคัญรับเงิน เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ----

ชื่อหน่วยงาน สำนักงานใหญ่/สาขา

สถานที่ติดต่อ เลขที่ อาคาร ถนน แขวง/ตำบล

เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์มือถือ

มีความประสงค์ขอรับบริการ **สอบเทียบ (Calibration)** เครื่องมือ จากโครงการฯ เพื่อ เป็นข้อมูลวัสดุ

ในโครงการชื่อ ดังรายการต่อไปนี้

รายการที่ขอรับบริการ	รายละเอียดเครื่องมือ	จำนวน	หมายเหตุ
<input type="radio"/> Hydraulic Handpump < or = 30 ton	Brand :		
<input type="radio"/> Hydraulic Handpump > 30 ton - 60 ton	Serial No :		
<input type="radio"/> Compression Machine < 150 ton	Capacity :		
<input type="radio"/> Compression Machine 150 ton - 200 ton			
<input type="radio"/> Compression Machine > 200 ton - 300 ton			
<input type="radio"/> Compression Machine > 300 ton - 500 ton			
<input type="radio"/> Provingring < or = 3 ton			
<input type="radio"/> Provingring > 3 ton - 10 ton			

เฉพาะเจ้าหน้าที่โครงการฯ กรอก

จำนวนผู้ทำงานทดสอบ วิศวกร คน ช่างเทคนิค คน คนงาน คน In-lab service On-site service ไม่เข้าดูการทดสอบ เข้าดูการทดสอบวันที่ เวลา น.

จำนวนเงินค่าบริการ บาท (จำนวนเงินตัวอักษร บาท)

โดยข้าพเจ้ายินดีชำระค่าบริการ ตามที่โครงการฯ กำหนดไว้

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ขอรับบริการ

เจ้าหน้าที่โครงการฯ

ลงชื่อ

(.....)

ผู้รับค่าขอรับบริการ

หมายเหตุ

- การรับรายงานผลทดสอบ ผู้ขอรับบริการต้องนำ “สำเนาแบบคำขอรับบริการฯ (เอกสารฉบับนี้)” และ “สำเนาใบเสร็จรับเงิน” มายื่นขอรับรายงานผลสอบเทียบ
- กรณีที่ผู้ขอรับบริการไม่สามารถมารับรายงานผลทดสอบได้ด้วยตนเอง “ผู้ขอรับบริการ” ต้องกรอกข้อมูลที่ปรากฏอยู่ตามหนังสือมอบฉันทะ “ที่ด้านหลัง” ของสำเนาแบบคำขอรับบริการทดสอบฯ (เอกสารฉบับนี้) เพื่อให้ผู้อื่นมารับรายงานผลสอบเทียบแทน
- หน่วยทดสอบวัสดุฯ ขอสงวนไว้ซึ่งสิทธิในทุกกรณี หากผู้ขอรับบริการจะยกเลิกการทดสอบภายหลังจากยื่นคำขอรับบริการและชำระเงินค่าบริการสอบเทียบแล้ว

หนังสือมอบฉันทะ

สำหรับกรณีที่ผู้มารับผลทดสอบไม่ใช่บุคคลเดียวกับผู้ขอรับบริการ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า ในนาม

ปฏิบัติหน้าที่ตำแหน่ง ที่อยู่เลขที่ ถนน เขต/ตำบล

แขวง/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่

ออกให้โดย วันที่หมดอายุ

(“ผู้มอบฉันทะ”) เป็นผู้ขอรับบริการ ตามแบบคำขอรับบริการสอบเทียบ (Calibration) เครื่องมือ Ref No.

ขอมอบฉันทะให้ ในนาม

ปฏิบัติหน้าที่ตำแหน่ง ที่อยู่เลขที่ ถนน เขต/ตำบล

แขวง/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่

ออกให้โดย วันที่หมดอายุ

(“ผู้รับมอบฉันทะ”) เป็นผู้รับเอกสารรายงานผลทดสอบ ตามแบบคำขอรับบริการสอบเทียบ (Calibration) เครื่องมือ

Ref. No.

การใดๆ ที่ผู้รับมอบฉันทะได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือมอบฉันทะนี้ ให้ถือเสมือนว่าผู้มอบฉันทะได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ

การมอบฉันทะนี้ให้มีผลบังคับตั้งแต่วันที่ เดือน ปี ที่ระบุในหนังสือนี้เป็นต้นไป

ลงชื่อ ลงชื่อ

(.....) (.....)

ผู้มอบฉันทะ (ผู้ขอรับบริการ)

ผู้รับมอบฉันทะ (ผู้มารับผลการทดสอบ)

ผู้มอบฉันทะ และผู้รับมอบฉันทะ “ต้อง” แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมทั้งรับรองสำเนาถูกต้อง