

Request For Quote (Calibration)

EMAIL TO: cs.qmcal@gmail.com

For calibration service, send items and include this form to:

Quality Associates Ltd. (00001)
159/120 Moo 9 T.Nongkham A.Sriracha Chonburi 20110

Issue to: Company: _____
 ออกให้ Address: _____

 Contact: _____ Position: _____
 Phone: _____ E-mail: _____ Fax: _____

Bill to: Same as above address
 ออกใบเสร็จรับเงินในนาม
Company: _____
 Address: _____
 _____ Tax ID: _____
 Contact: _____ Title: _____
 Phone: _____ E-mail: _____ Fax: _____

Certificate Made Out To: Same as Issue To Address Send Electronic Certificate Only
 ออกใบรับรองให้ Organization: _____
 Address: _____
 City: _____ Province: _____ Zip: _____ Country: _____

Method of Payment จ่ายเงินโดย Cash Bank Transfer Payment Terms (if previously approved)

Description: รายละเอียดเครื่องมือ

Measurement	Model/Type	S/N	ID	Manufacturer	Range	Cal.point	Certificate
ชื่อเครื่องมือ	รุ่น/ชนิด	รหัสซีเรียล	เลขเครื่องมือ	ผู้ผลิต	ช่วงค่าวัด	จุดสอบเทียบ	NAC/LAB
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

(Please attached if more than 6 items)

Special specification: Lab will perform calibration in accordance with the Lab procedures. If there is any special specification, please state below;

() Name:

Position:

