**Tartı Aleti Muayene Başvuru Formu**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **İşyeri Bilgileri** | | | | | | |
| **İşyeri Unvanı** | | |  | | | |
| **Tartı Aletinin**  **Bulunduğu Adres** | | |  | | | |
| **Telefon No** | | |  | | | |
| **Başvuru Tarihi** | | |  | | | |
| **Başvuru Sahibinin Adı Soyadı** | | |  | | | |
| **İmza** | | |  | | | |
| **Tartı Aleti Bilgileri** | | | | | | |
|  | **Tipi** | **Markası-Modeli** | | **Seri No** | **Sınıfı** | **Kapasitesi** |
| 1 |  |  | |  |  |  |
| 2 |  |  | |  |  |  |
| 3 |  |  | |  |  |  |
| 4 |  |  | |  |  |  |
| 5 |  |  | |  |  |  |
| 6 |  |  | |  |  |  |
| 7 |  |  | |  |  |  |
| 8 |  |  | |  |  |  |
| 9 |  |  | |  |  |  |
| 10 |  |  | |  |  |  |

Bu kısım, muayeneden sorumlu kişi/kurum tarafından doldurulacaktır.

|  |  |
| --- | --- |
| **Muayeneden Sorumlu**  **Yetkili Muayene Servisi** | YMS: 16-001 KAL-MET Kalibrasyon Ltd.Şti. |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Kaşe ve İmza** |  |

Not: Tartı aleti kullanıcısı tarafından iki nüsha olarak doldurulur. Onaylandıktan sonra bir nüshası kullanıcıda kalacaktır.

Üçevler Mh. 79. Sk. No:1/A Nilüfer/ BURSA

**Tel: 0224 441 55 85 Fax: 0224 441 55 35 E-mail:** [**bursa@kal-met.com**](mailto:bursa@kal-met.com) Web : [www.kal-met.com](http://www.kal-met.com)