



PEDIDO DE CALIBRAÇÃO

Laboratório

Refª CTCOR:

Nº ____/____

Empresa requerente:

Nº contribuinte



Fax:



Requisita ao LAB do CTCOR a calibração de:

Paquímetro*			Marca / Modelo	Gama de calibração** (mm)	Refª cliente	OBS
Digital	Analógico	Com nóvio				

* - Assinalar, por favor, com X o tipo de paquímetro.

** - Indicar gama pretendida de calibração; **Por exemplo:** se indicar “130 mm”, significa que pretende resultados de calibração até esse valor.

Santa Maria de Lamas, ____ de _____ de _____

Representante da empresa

Representante CTCOR

Prazo máximo de execução:

NOTA: Ver Lab-D04 -“Tabela de Preços”, disponível na Sala de Recepção de Amostras.