

EVALUACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO AL LABORATORIO DE ENSAYO

Fecha:		Folio consecutivo para cada solicitud:	
DATOS DEL CLIENTE			
Nombre o razón social*:			
Dirección (indicar calle, colonia, C.P., delegación o municipio)*:			
Teléfono(s):		Fax:	R.F.C *
Nombre del solicitante (tramitador, en su caso)*:			e-mail *:
Nombre del representante legal*:			e-mail *:
Los datos anteriores son los indicados para la facturación del servicio: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (indique datos fiscales):			Cuenta con membresía CNCP: <input type="checkbox"/> Si (indique el número): <input type="checkbox"/> No
Nota: Es de suma importancia que especifique alguna dirección de correo electrónico para agilizar la comunicación del laboratorio relacionada con el servicio. Los campos marcados con asterisco (*) son obligatorios.			
DATOS DEL PRODUCTO			
Tipo de producto: <input type="checkbox"/> Regaderas <input type="checkbox"/> Inodoros <input type="checkbox"/> Tubos <input type="checkbox"/> Conexiones <input type="checkbox"/> Válvulas <input type="checkbox"/> Otro (especificar nombre genérico):			
Marca:		Modelo o Tipo:	
País de origen:		Uso o aplicación:	
Especificación del producto (Diámetro, RD's, clase, etc):			
Presenta o incluye la siguiente información de acuerdo a norma de producto (si aplica): <input type="checkbox"/> Instructivo de operación <input type="checkbox"/> Garantía <input type="checkbox"/> Etiqueta (en el producto____ en el envase____) <input type="checkbox"/> Empaque <input type="checkbox"/> Diagramas <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____			
SELECCIONE EL TIPO DE SERVICIO			
Realización de pruebas: <input type="checkbox"/> Evaluación Normal <input type="checkbox"/> Evaluación Parcial La evaluación es para fines de certificación: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Norma aplicable (Indicar clave o inciso de la norma o nombre de la prueba): _____			
Número de muestra a evaluar: <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4, <input type="checkbox"/> 5, <input type="checkbox"/> Otro (indicar): _____			
<input type="checkbox"/> Copia de informe, Número: _____ <input type="checkbox"/> Modificación o corrección de informe, Número: _____ Causa de la modificación o corrección: _____			
_____ Nombre y firma de quien solicita el servicio			
Nota: Este formato será enviado al cliente previa una solicitud realizada por el mismo vía telefónica o por escrito.			

OTROS DATOS (Para uso exclusivo del Laboratorio)

Ensayos a realizar y normas a utilizar:
(Señalar los métodos que el CNCP tiene acreditados, aprobados o autorizados, según sea el caso y aquellos que no puede realizar identificando estos últimos con un asterisco *)

Laboratorio(s) adecuado(s) para ensayar	Observaciones
<input type="checkbox"/> CNCP <input type="checkbox"/> CIQA <input type="checkbox"/> ANCE <input type="checkbox"/> GILOTRONICS <input type="checkbox"/> IUSA <input type="checkbox"/> FERMI <input type="checkbox"/> MEXICHEM <input type="checkbox"/> CIDESI <input type="checkbox"/> OTRO: <input type="checkbox"/> Subcontratar: <input type="checkbox"/> Contratar:	Indicar cualquier modificación de la cotización o durante el servicio:

Equipo de medición, inspección y prueba disponible: Si No
 Se cuenta con personal capacitado y disponible: Si No
 Tiempo de entrega de resultados:

EVALUACIÓN

¿Se puede realizar el servicio? Sí No Explique ¿porqué?

REVISO:	APROBO:
----------------	----------------