**能力验证/测量审核报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 报名参加的能力验证/测量审核 | 序号 | 计划编号 | 计划/项目名称 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| … |  |  |
| 实验室名称 |  |
| *（实验室的全称，已获或准备申请CNAS认可的，按认可或拟申请认可的名称填写）* |
| 实验室地址 |  |
| 样品发送地址 |  |
| *（若同实验室地址，则填写“同上”）* |
| 发票接收地址 |  |
| *（若同实验室地址，则填写“同上”）* |
| 联系人 |  | 电话 |  |
| E-mail |  | 手机 |  |
| 获认可情况 | [ ] CNAS认可 [ ] 资质认定 [ ] 其它\_\_\_\_\_\_\_ [ ] 以上均无 |
| 发票开具情况 | 发票类型 | [ ] 增值税专用发票（税点6%）[ ] 增值税普通发票 |
| 开票信息 | 单位名称： |  |
| 纳税人识别号： |  |
| 地址： |  |
| 电话： |  |
| 开户银行： |  |
| 账号： |  |
| （请务必正确填写，发票一旦开出，不予更换） |
| 说明：1. 实验室应独立地完成能力验证计划项目的试验；
2. 对出现了有问题和不满意结果的实验室，STIEE可建议和帮助开展纠正措施；
3. 在能力验证结果报告中，出于为实验室保密原因，均以实验室的参加代码表述；
4. 请将报名表**word版**及**签字盖章扫描件**一并发送至stiee-pt@seari.com.cn。

实验室负责人（签名）：单位（盖章）：年 月 日 |