SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG
TRUNG TÂM KIỂM NGHIỆM

PHIẾU YÊU CẦU KIỂM NGHIỆM

Số: .....

- Đơn vị gửi mẫu:.....
- Địa chỉ: .....
- Người gửi mẫu: ..... - Điện thoại liên lạc:..... Fax.....
- Ngày gửi mẫu:..... - Ngày trả lời kết quả: .....
- Đồng ý với Quy định về việc gửi mẫu kiểm nghiệm: Đồng ý c Không đồng ý c

STT	Tên thuốc, nồng độ, hàm lượng, số đăng ký	Ngày SX Lô SX, Hạn dùng	Số lượng gửi	Tên nhà sản xuất	Tên nhà nhập khẩu	Yêu cầu KN	Thử theo tài liệu

- Sử dụng nhà thầu phụ: Có c Không c
- Nếu phương pháp đề nghị như trên không thực hiện được, người gửi mẫu đồng ý cho PTN thử theo phương pháp khác phù hợp: Có c Không c
- Chuẩn Khách hàng cung cấp: .....

Lưu ý: Quý khách hàng ghi đúng, đầy đủ thông tin để lập phiếu kết quả thử nghiệm. Chúng tôi sẽ không thay đổi thông tin về mẫu sau khi phát hành phiếu kết quả thử nghiệm và hóa đơn.

Đà Nẵng, ngày .....tháng .....năm 20.....

NGƯỜI NHẬN MẪU

NGƯỜI GỬI MẪU