



شماره مشتری :

شماره :

شماره پروژه :

تاریخ :

متقاضی:	نام پروژه:
آدرس متقاضی:	
تلفن تماس:	کد پستی :
کد اقتصادی :	شناسه/ کد ملی :

شرح درخواست :

ردیف	نام آزمایش	تعداد آزمایش	استاندارد آزمون	انجام کار توسط (آ) آزمایشگاه (پ) پیمانکار فرعی	هزینه آزمون (ریال)
۱					
۲					
۳					

محل درج هر گونه توضیحات :

امضاء متقاضی:

امضاء مدیر آزمایشگاه:

آدرس: خیابان سعادت آباد- جنب حوزه راهسازی

تلفن: ۰۳۱-۳۶۶۱۲۰۳۰

دورنگار: ۰۳۱-۳۶۶۱۴۶۷۱

Email: ES@TSML.ir