

Muayene Talep Eden Firma			
İletişim Kurulacak Kişi			
Muayenenin yapılacağı Adres			
Vergi Dairesi/Numarası		Tel No	
E-Posta Adresi		İletişim Kurulacak Kişi GSM Numarası	
Muayene Türü (Talep ettiğiniz hizmet türünü işaretleyiniz.) ^{*d}	Temiz Alan/Oda (adet/m ²) ^{*a}	<input type="checkbox"/>	Sınıfı: Alanı: m ² HEPA/ULPA Filtre Sayısı: Ölçüsü:
	LAF Kabini	<input type="checkbox"/>	Seri No: Envanter No: Sınıfı: Bulunduğu Yer:
	Biyogüvenlik Kabini	<input type="checkbox"/>	Seri No: Envanter No: Sınıfı: Bulunduğu Yer:
Formu Dolduranın Adı-Soyadı, Tarih, İmza	,/...../..... ,		

Alan / Kabin Adı	Sınıfı	Uygulanacak Testler ^{*b}						
		Hava Hızı / Debi	Filtre Kaçak	Partikül Sayım	Nem / Sıcaklık	Fark Basınç	Hava Akış Görüntülüme	Dekontaminasyon
LAF Kabini					Uygulanmaz	Uygulanmaz		Uygulanmaz
Biyogüvenlik Kabini				Uygulanmaz	Uygulanmaz	Uygulanmaz		Uygulanmaz
Temizoda / Alan								^{*c}

^{*a}: Temizodanın / alanın şemasını bu başvuru formuna ekleyiniz.

^{*b}: Uygulanmasını istediğiniz testlere ait kutucuklara EVET/HAYIR yazınız.

^{*c}: ISO:9 ve EU GMP:D Class alanlar ve bu sınıfların üstünde kalan alanlar için uygulanmaz.

^{*d}: Birden fazla alan / cihaz için muayene talep ediyorsanız, ilgili alana satır ekleyerek formu doldurmaya devam ediniz.