

Request for Calibration of Instrument
طلب معايرة كاشف للأشعة

	التاريخ/Date		رقم الطلب (يملأ في القسم) Inventory N°
	رقم الهاتف/Phone Number		اسم المؤسسة/Institution
	رقم الفاكس/Fax		الشخص المسؤول/Contact Person
	البريد الإلكتروني/Mail		العنوان/Address

تكلفة الخدمة المطلوبة/Service Fees

75.000L.L= كلفة الجهاز /Fees per instrument

المجموع Total(L.L)	Radiation Quality	Serial Number	Model Number	Manufacturer/Date	Type of Instrument

يملأ هذا القسم عند وصول الجهاز إلى المختبر / This part will be filled when the lab receives the detector

Date التاريخ	Name and signature of receiver إسم وتوقيع المستلم	Name and signature of Client إسم وتوقيع المستلم	Functional Status حالة الجهاز

مسؤول المؤسسة (التوقيع مع ختم المؤسسة)	خاص الهيئة اللبنانية للطاقة الذرية رئيس قسم خدمات الحماية الإشعاعية