

Müşteri Adı			
Adres			
Yetkili Kişi /Unvan		Yetkili Kişi Telefon / e-mail	
İşin Tanımı / Proje Adı			
Muayene Yapılacak Yer		Muayene Tarihi	

Talep Edilen Muayene Türü	Malzeme Kalitesi / Mamul Tipi	Adet / Metraj	Çap	Kalınlık	Uygulama Standardı ve seviyesi	Değerlendirme Standardı ve Seviyesi
Radyografik Muayene	<input type="checkbox"/>					
Ultrasonik Muayene	<input type="checkbox"/>					
Manyetik Muayene	<input type="checkbox"/>					
Penetrant Muayene	<input type="checkbox"/>					
Görsel Muayene	<input type="checkbox"/>					
Laminasyon veya Kalınlık Ölçüm	<input type="checkbox"/>					
Kaynak Yöntem Onay Testi (WPQR)	<input type="checkbox"/>					
'pWPS No:.....						
Lehim Yöntem Onay Testi (BPQR)	<input type="checkbox"/>					
'pBPS No:.....						
Boru Hatları Tasarım Süreci Kontrolü	<input type="checkbox"/>					
Boru Hatları İmalat Süreci Kontrolü ve Muayenesi	<input type="checkbox"/>					
Boru Hatları Periyodik Kontrol	<input type="checkbox"/>					
Atmosferik Depolama Tankları Tasarım Süreci Kontrolü	<input type="checkbox"/>					
Atmosferik Depolama Tankları İmalat Süreci Kontrolü ve Muayenesi	<input type="checkbox"/>					
Atmosferik Depolama Tankları Periyodik Kontrol	<input type="checkbox"/>					

Örnekleme Miktarı (% veya adet)	
---------------------------------	--

Açıklamalar	
-------------	--

Yukarıda yer alan bilgilerin eksik ya da yanlış olduğunun tespiti halinde oluşabilecek sorunlarla ilgili sorumluluğu peşinen kabul ediyorum.

Formu Dolduran Adı Soyadı		Tarih		İmza /Kaşe	
---------------------------	--	-------	--	------------	--

Bu Kısım NORTH NDT tarafından Doldurulacaktır

	Evet	Hayır		Evet	Hayır
Talep edilen hizmet akreditasyon kapsamına uygun mu?			Personel ve cihaz/ekipman durumu muayene için belirtilen tarihte uygun mu?		
North talep edilen muayene yöntem(ler)i için uygun cihaz/ekipmana sahip mi ?			Muayenenin yapılacağı konum kaynak sağlanması için uygun mu?		
North talep edilen hizmeti gerçekleştirmek için yetkin personele sahip mi?			Varsa müşterinin özel istekleri karşılanabiliyor mu?		

Değerlendirme Sonucu	Uygun
----------------------	-------

Değerlendiren Adı Soyadı		Tarih		İmza /Kaşe	
--------------------------	--	-------	--	------------	--