

能力验证计划（一对一）委托书

委托书编号：BD2016-001（PTP 机构填写）

申请试验项目	低温试验	依据标准	GB/T 2423.1-2008
申请实验室（盖章）：	广州第一电器有限公司（ 此处盖章 ）	组织机构代码	123456789X
地址：	广东省广州市 XX 路 XX 号	邮编：	123456
联系人：	李四	电话/手机：	020-12345678
传真：	020-12345678	E-mail：	lu@163.com
实验室 CNAS 认情可况：	<input checked="" type="checkbox"/> 已认可 <input type="checkbox"/> 非认可	申请实验室认可证书号：	CNAS L9999
交费单位名称	广州第一电器有限公司	组织机构代码	123456789X
地址：	广东省广州市 XX 路 XX 号	邮编：	123456
联系人：	李四	电话/手机：	020-12345678
<p>备注： 为开具增值税发票请务必填写以下信息（请从贵单位财务获取以下信息，开票单位必须与交费单位名称一致）： 开发票名称：_____ 广州第一电器有限公司 _____ 国税号：_____ 123456789 _____ 注册地址：_____ 广东省广州市 XX 路 XX 号 _____ 注册电话：_____ 020-12345678 _____ 开户银行及账号：_____ XX 银行、123456789 _____ 注：不提供此信息的单位，默认开具普通发票。</p>			
<p>说明：能力验证计划（一对一）的各个方面可能有时被分包。分包时，会分包给有能力的分包方，并且能力验证提供者对该工作负责。</p>			
<p>本项目费用为：XX 元（PTP 机构填写） 请将项目费用汇款至以下账户： 单位：威凯检测技术有限公司 开户银行：中国银行广州海珠支行 帐号：654857744268 地址：广州市海珠区广州大道南 872 号</p>			
<p>其它约定事项： 1、 预计完成报告时间：收到申请实验室缴费后 20 个工作日（若申请实验室未按约定时间提交完整资料等，则完成报告时间顺延）； 2、 本机构提供的报告为中文报告； 3、 申请实验室应对其提供的所有信息的真实性负责。</p>			
申请实验室负责人/代理人签名：			年 月 日
能力验证提供者负责人/代理人签名：			年 月 日

注 1：请填写实验室的全称，已获或正在申请 CNAS 认可的实验室，按认可或申请认可的名称填写。

注 2：请将委托书（word 版）发送至 pt@cvc.org.cn。

注 3：待我司确认并确定委托书编号和费用后，请申请实验室将委托书（签字盖章彩色扫描版）发至 pt@cvc.org.cn。

注 4：申请实验室缴费后将汇款凭证发至 pt@cvc.org.cn。