**Zgłoszenie do udziału**

**w badaniu biegłości /   
~~porównaniu międzylaboratoryjnym~~\***

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres organizatora | ***Stowarzyszenie Klub Polskich Laboratoriów Badawczych POLLAB***  ***ul. Mory 8, 01-330 Warszawa*** |
| Sekcja | ***Sekcja Badań Materiałowych*** |
| Koordynator | ***Mariusz Farys*** |
|  |  |
| Temat badania biegłości / ~~porównań międzylaboratoryjnych~~\* | ***Badanie wielkości ziarna wg normy PN-EN ISO 643:2020-07 lub ASMT E112-13(2021)*** |
| Nr badania biegłości / ~~porównania międzylaboratoryjnego~~\* |  |
|  |  |
| Dane uczestnika | *Nazwa, adres laboratorium (uczestnika PT/ILC)* |
| Nr członkowski | *(nr członkowski w Klubie POLLAB)* |
| Dane do kontaktu | *(imię, nazwisko, nr tel., adres e-mail)* |
| Miejsce dostarczenia próbek  do badań | *(jeśli dotyczy)* |
|  |  |
| Zakres badania biegłości / ~~porównania międzylaboratoryjnego~~\* | ***Wyznaczenie wielkości ziarna metodą porównawczą*** |
| Dodatkowe informacje / uwagi | ***Uczestnik zobowiązany jest do zlecenia odbioru próbek i pokrycia kosztów ich transportu.*** |

1. W przypadku zmiany terminu realizacji wyrażam zgodę na przeniesienie zgłoszenia na nowy termin, bez ponownego wysyłania formularza zgłoszeniowego.
2. Uczestnik oświadcza, że zapoznał się z opisem programu i akceptuje warunki udziału.

\* - niepotrzebne skreślić

|  |  |
| --- | --- |
| Uczestnik: | Osoba uprawniona do zgłoszenia: |
|  |  |
| Data, imię i nazwisko, podpis | Data, imię i nazwisko, podpis |