|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENSAYO DE APTITUD / POR COMPARACION DE MEDICIONES INTERLABORATORIO** | **Código del Programa:** |  |
| **Fecha:**AAAA-mm-dd |  |

**Favor diligenciar la totalidad de la información solicitada, firmar, escanear y enviar a nuestro correo electrónico. Gracias.**

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE** |
| **Razón Social del Laboratorio Participante:** |  |
| **Ciudad / País:** |  |
| **NIT:** |  |
| **Dirección:** |  |
| **Nombre del Contacto:** |  |
| **Cargo del Contacto:** |  |
| **Teléfono (s) Fijo (s):** |  |
| **Teléfono (s) Móvil (es):** |  |
| **Correo Electrónico:** |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL PROGRAMA ENSAYOS DE APTITUD** |
| **Nombre del Programa de Ensayos de Aptitud en que se desea Inscribir:** |  |
| **Norma de Referencia a usar por el Participante:** |  |
| **Mensurando (s):** |  |
| **¿Su Método de Ensayo o Calibración está Acreditado?: (SI / NO)** |  |
| **¿Su Método está en Proceso de Acreditación? (SI/NO)** |  |
| **Nombre del Organismo con quien está Acreditado:** |  |
| **Observaciones:**   |

**Señor Participante:**

Con la suscripción y firma de la presente Inscripción, usted se compromete a participar en el Programa de Ensayos de Aptitud ofertado. Así mismo, usted se compromete a cumplir con todos los requisitos y actividades del Programa en que va a participar y, asumirá los costos que haya lugar por los daños que sufran los Ítems, por ocasión de la mala manipulación, si fuere el caso.

Se le recuerda, que sus datos de los resultados, se procesarán siempre y cuando, usted haya realizado el pago respectivo y cumpla con la entrega de resultados, según fechas establecidas.

|  |
| --- |
|  **Nombre – Cargo – Firma del Representante Legal de la Empresa:** |
| **Firma:****Nombre:** |
| **Cargo:** |