附件2

**能力验证计划报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 实验室名称： |  |
| 是否已获CNAS认可 | 🞎否； 🞎是：认可证书号 No.  |
| 地址、邮编 |  |
| 联系人 |  | Email |  |
| 联系电话 |  | 传真 |  |
| 付款单位名称（发票抬头） |  |
| 请填写申请参加的能力验证计划编号及名称  |
| 序号 | 计划编号 | 计划名称 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 请提供如下资料信息：1. 付款单位营业执照（初次报名或与报名单位不一致时）；
2. 付款单位开票信息；

名称：纳税人识别号：地址、电话：开户行及账号： |

|  |
| --- |
| **说明：**1. 已获认可或正在申请CNAS认可的参试实验室，实验室的名称请按认可批准或申请认可的实验室名称填写。
2. 若付款单位与实验室名称不一致，请在付款单位名称一栏注明发票抬头。
3. 实验室应独立地完成能力验证计划项目的试验。
4. 在能力验证结果报告中，出于保密原因，参试实验室均以实验室代码表述。
5. 一旦获得报名确认，不得无故退出本次计划。如确需退出应向组织方提交书面申请。
6. 填写好后请将报名表的签核版本和Word电子版本发邮件至报名窗口联系人的邮箱。

实验室负责人签名：实验室公章 年 月 日 |