|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **SOLVERA Gawel Technology S.A.**  **Laboratorium**  **Centrum Badawczo Rozwojowego**  Łąka 260e, 36-004 Łąka,  tel. 17 7856 155 | | | **Kod uczestnika**    **……………………………..…………..……**  *(wypełnia koordynator)* |
| **Zgłoszenie udziału w badaniach biegłości:**  **Statyczna próba rozciągania wg normy PN-EN ISO 6892-1:2020-05; metoda B** | | | | | |
| Dane uczestnika | | | | | |
| Nazwa firmy:………………………………………………………………………...……………………………………………………..…...  Adres:……………………………………………………………………………..………………………………………………..………………  Tel/ fax/ e-mail:……………………………………………………………………….………………………………………………....…….  Numer członkowski w Klubie POLLAB………………………………………………………………………………………………….. | | | | | |
| Osoba do kontaktu | | | | | |
| Imię i Nazwisko:…………………………………………………………………………………………………………………………………  Tel/ e-mail:…………………………….………………………………………………………………………….……………………………… | | | | | |
| Nazwa firmy i adres, na który będą dostarczone próbki do badań | | | | | |
| Nazwa firmy:………………………………………………………………………...……………………………………………………..…...  Adres:……………………………………………………………………………..………………………………………………..……………… | | | | | |
| Zakres badań, w których uczestnik deklaruje chęć uczestnictwa | | | | | |
| **□** Rm [MPa] **□** ReH [MPa] **□** A5 [%] **□** Z [%] | | | | | |
| Warunki uczestnictwa w programie | | | | | |
| * Udział w programie jest bezpłatny. * Koszty związane z przesłaniem próbki do badań ponosi Uczestnik. * Podstawą udziału w badaniach biegłości jest przekazanie wypełnionej Karty Zgłoszenia do Koordynatora pocztą elektroniczną (e-mail), w terminie do **29.09.2023 r.** * Podpisanie i przesłanie Karty Zgłoszenia do Koordynatora jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków uczestnictwa w badaniach biegłości oraz zobowiązaniem się do zlecenia odbioru próbek i pokrycia kosztów ich transportu. | | | | | |
| **Koordynator** | Ewelina Kiwała | | Tel: 17 7856 155 | e-mail: [ewelina.kiwala@solvera.pl](mailto:ewelina.kiwala@solvera.pl) | |
| …………………………….……... ………………………………………………………………..……….……..  *Data*  *Podpis przedstawiciela Laboratorium* | | | | | |