

Müşteri Adı			
Adres			
Yetkili Kişi /Unvan		Yetkili Kişi Telefon / e-mail	
İşin Tanımı / Proje Adı			
Muayene Yapılacak Yer		Muayene Tarihi	

Talep Edilen Muayene Türü Kaynak Yöntem Prosedürlerinin Onaylanması ve Değerlendirilmesi (WPQR) Lehim Yöntem Prosedürlerinin Onaylanması ve Değerlendirilmesi (BPQR) 2014/68/AB Ek-1 3.1.2 Onayı

pWPS/WPS/bBPS/BPS No	Kaynak Yöntemi	Birleşim Türü	Malzeme Tipi	Malzeme Kalitesi	Dolgu Malzemesi	Kaynak Pozisyonu	Standard

 Boru Hattı İmalat ve Montaj Süreci Kontrolü Borulama İmalat ve Montaj Süreci Kontrolü

Muayene Planı(ITP)	Ürün No	Standard				

Açıklamalar

Yukarıda yer alan bilgilerin eksik ya da yanlış olduğunun tespiti halinde oluşabilecek sorunlarla ilgili sorumluluğu peşinen kabul ediyorum.

Formu Dolduran Adı Soyadı		Tarih		İmza /Kaşe	
---------------------------	--	-------	--	------------	--

Bu kısım, HENKA tarafından doldurulacaktır.

	Evet	Hayır		Evet	Hayır
Talep edilen hizmet akreditasyon kapsamına uygun mu?			Personel ve cihaz/ekipman durumu muayene için belirtilen tarihte uygun mu?		
North talep edilen muayene yöntem(ler)i için uygun cihaz/ekipmana sahip mi ?			Muayenenin yapılacağı konum kaynak sağlanması için uygun mu?		
North talep edilen hizmeti gerçekleştirmek için yetkin personele sahip mi?			Varsa müşterinin özel istekleri karşılanabiliyor mu?		

Değerlendirme Sonucu **Uygun**

Değerlendiren Adı Soyadı		Tarih		İmza /Kaşe	
--------------------------	--	-------	--	------------	--