|  |
| --- |
| CLN – Centro Laboratorial e Normalização |
| **PEDIDO DE ENSAIO**  |
|  | A preencher pelos serviços |
|  | Processo nº: |  | AH |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| A PREENCHER PELO CLIENTE(campos 1 a 5 de preenchimento obrigatório)**:** |

|  |
| --- |
| 1. **Identificação do Cliente:**
 |
| Nome/Pessoa Coletiva: |       |
| Nº Fiscal de Contribuinte: |       |
| Endereço: |       |
| Código Postal: |       | ─ |       |       |
| Telefone: |       | Fax: |       | e-mail: |       |
| Contacto (Nome): |       |
|  |
| 1. **Identificação do Dispositivo Sujeito a Ensaio (DSE):**
 |
| Designação: |       |
| Marca: |       | Modelo/Tipo: |  |
| Nº(S)  de série: |       |
| Nome do Fabricante: |       | País de Origem: |       |
| Endereço: |       |
| Telefone: |       | Fax: |       | e-mail: |       |
|  |
| 1. **Documentação entregue com o Dispositivo Sujeito a Ensaio (DSE):**
 |
| Em Papel: | **[ ]**  | Em Formato Eletrónico: | **[ ]**  | Qual ?: |       |
| Não foi entregue documentação: | **[ ]**  |  |
|  |
| 1. **Emissão de Relatório de Ensaio:**
 |
| Pretende emissão de Relatório de Ensaio**?** | Sim: | **[ ]**  | Em português: | **[ ]**  | Em inglês: | **[ ]**  |
|  | Não: | **[ ]**  |  |
|  | Contactar Cliente: | **[ ]**  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Assinale o(s) Anexo(s) que acompanha(m) este Pedido de Ensaio:**
 |
| **[ ]**  | **Anexo A ao Pedido de Ensaio -** para Características **Rádio** |
| **[ ]**  | **Anexo B ao Pedido de Ensaio -** paraCaracterísticas de **Compatibilidade Eletromagnética** |
| **[ ]**  | Outro: |  |
| **[ ]**  | Nenhum. |
| No caso de ter assinalado **“Nenhum”**, queira descrever detalhadamente o(s) ensaio(s) pretendido(s):Descrição do(s) ensaio(s):      |

Ao assinar este Pedido declaro que tenho conhecimento das Condições Gerais para a Prestação de Serviços, preçário, prazos, métodos/normas e das metodologias de receção do equipamento em vigor no CLN da ANACOM.

#  Nome do Requerente

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       | , |    | de |       | de |      |

 |  |

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Estado da amostra (inspeção visual): |  | Data Receção do Equipamento: |  |
| Data de início dos ensaios: | Data de fim dos ensaios: |
| O Cliente solicitou interrupção dos ensaios? | Sim: | **[ ]**  | Não: | **[ ]**  | Data Devolução do Equipamento: |  |
| Observações: |  |
|  |
|  |