

PHIẾU ĐÁNH GIÁ THIẾT BỊ SAU HIỆU CHUẨN

Đơn vị:

STT	Tên thiết bị (Mã TS hoặc Mã số Mã hiệu chuẩn)	Kết quả hiệu chuẩn	Yêu cầu thiết bị của Quy trình kỹ thuật xét nghiệm	Kết quả đánh giá hiệu chuẩn

Ngày.....tháng.....năm 201

Lãnh đạo khoa/phòng