



大连中食国实检测技术有限公司
质控方案申请单



No: _____

申请单位名称					
地址	____省____市____区(县)_____			邮编	
联系人		电话		手机	
传真		Email			
开发票信息	发票类型	☐ 增值税普通发票		☐ 增值税专用发票	
	开票名称:				
	税 号				
	开户及账号				
	地址及电话				
	特殊说明 备注				
	特别提醒:	报名时请务必与贵单位财务沟通,确定选择“增值税普通发票”还是“增值税专用发票”,一经选择已经开出的发票不再更换。			
质控目的					
考核对象及预计数量					
拟采用 基质名称		拟定检测 项目			
拟采用的检测方法/标准					
其他说明					
本单位自愿申请大连中食国实检测技术有限公司的质控方案,并承担相关费用。					
申请单位(盖章):					
日期: 年 月 日					

请将盖章后的《质控方案申请单》传真或扫描后 Email 至中食国实检测技术有限公司。

联系人: 曲慧 刘晓辉 联系电话: 0411-66886157, 66886167, 65975107, 65975108,
15542660036/15542663601 (微信同号)

非工作时间 (17:00-8:30 非工作时间、双休日、节假日): 15542662929

投诉电话: 15542662929。

Email: cfapa@sina.com