|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **REQUÉRANT** | | ADRESSE DE L’INSPECTION  Même que celle du requérant | |
| Date |  | Date |  |
| No de commande du client |  | Entreprise |  |
| Entreprise |  | Personne-ressource |  |
| Adresse |  | Adresse |  |
| Ville/Pays |  | Ville/Pays |  |
| Code postal/ZIP |  | Code postal/ZIP |  |
| Personne-ressource |  | Tél. et poste | (code rég.) |
| Tél. et poste | (code rég.) | Téléc. | (code rég.) |
| Courriel |  | Courriel |  |
| ***SIGNATURE DU REQUÉRANT***  *Note : La signature n’est pas obligatoire pour une proposition de prix.* | | La signature du requérant confirme qu’il autorise l’inspection et est obligatoire. Elle valide ce formulaire et confère à l’organisme inspecteur l’autorité de facturer le requérant. | |

Type d’appareillage :  Médical  Éclairage  Industriel  Laboratoire  Autre (précisez) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cet appareillage a-t-il déjà fait l’objet d’une approbation ou d’une certification par un organisme reconnu ou accrédité ? Oui Non

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TYPE D’APPAREILLAGE/DESCRIPTION | NOMBRE D’APPAREILS | NO DE MODÈLE | NUMÉRO DE SÉRIE | FABRICANT |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Emplacement dans l’usine (c.-à-d. no de colonne ou de zone) S.O.  Cochez si pertinent : Salle propre Aire à accès restreint Equipement de protection individuelle requis Autre |  |
| Notes pour l’inspecteur : | |

|  |  |
| --- | --- |
| NOTE : | Chaque inspection est facturée séparément. Si des inspections supplémentaires sont nécessaires en raison des modifications demandées ou parce que l’appareillage n’est pas prêt, un nouveau bon de commande sera exigé ou une autre entente de paiement devra être conclue pour les inspections supplémentaires. |

**Marché visé** -  Canada  É.-U.  Autre \_ À cordon Raccordé en permanence

\* Si les appareils sont destinés aux États-Unis, seront-ils mis en marché en Californie ou dans l’état de Washington ?

Oui Non Ne sais pas

Notre évaluation des coûts dépend de l’exhaustivité des renseignements fournis et prend pour hypothèse que tous les composants sont conformes aux normes pertinentes et sont utilisés conformément à leurs caractéristiques nominales. Si votre produit ou ses composants sont jugés non conformes, les coûts pourraient être ajustés à la hausse.

Veuillez fournir tous les renseignements pertinents (dépliant, dessins, schémas).

Pour un service plus rapide, veuillez transmettre le formulaire rempli par courriel à [**customerservice@qps.ca**](mailto:customerservice@qps.ca) **ou** par télécopieur au **416-241-0682** à l’attention du **Service à la clientèle**.