






TEST REQUEST FORM	
Dati cliente	Disposizioni del cliente
Azienda:	Restituzione del materiale avanzato: SI NO
Indirizzo:	Autorizzazione al taglio dei capi: SI NO
P. IVA/C.F. dell'azienda:	Rif. Offerta economica nr.: SI NO
Cap/Città:	<input type="checkbox"/> Servizio regolare (5-7 giorni lavorativi) <input type="checkbox"/> Servizio rush (3 giorni lavorativi) <input type="checkbox"/> Servizio Regolare GB CMA (7 giorni lavorativi)
Telefono:	
Nome, Recapito della persona di riferimento:	
Referente amministrativo:	
E-mail per invio RdP:	

Dati del campione da analizzare	
Articolo:	
Colore:	Titolo/Peso:
Composizione dichiarata:	
Lato da sottoporre a prova: <input type="checkbox"/> diritto <input type="checkbox"/> rovescio <i>(Indicare sul tessuto)</i>	
Destinazione d'uso:	
Etichettatura di manutenzione	    

Test richiesti (indicare pacchetti di riferimento se presenti in offerta)	Norme di riferimento
NOTE:	
In mancanza di precise indicazioni circa i metodi da applicare nelle prove, il Laboratorio adatterà i metodi ritenuti più opportuni in relazione alla tipologia e all'utilizzo finale dei campioni presentati.	

Test richiesti da:

Data:Ora:.....Firma del committente: