附件2：

贵州省市场监管局能力验证计划报名表

|  |  |
| --- | --- |
|  项目名称 |  |
| 检验检测机构名称 /法人单位名称 |   |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 联系人 |  | 联系电话： | 手机： | E-Mail： |
| 该检测项目资质情况 | □已获检验检测机构资质认定 编号： □未获检验检测机构资质认定□已获实验室认可 编号： □未获实验室认可 |
| 拟采用的检测方法 |  |
| **特别说明**：1. 本次能力验证是行政部门主导的监督措施，不向检验检测机构收取费用，能力验证结果将对社会公布，要求检验检测机构独立完成能力验证项目的试验。
2. 能力验证结果不满意或可疑的检测机构，要限期进行整改，整改期限不超过3个月，整改期间不得向社会出具具有证明作用的检验检测数据、结果。逾期未整改、整改后仍不符合要求的由资质认定部门依法撤销其相应项目的资质认定。
3. 在能力验证结果报告中，出于数据保密原因，均以检验检测机构的参加代码表述。
4. 检验检测机构应认真填写报名表，要求细化到参数，及时提交给项目承担单位，并抄报有关认证监管部门。
5. 无故不参加本次能力验证，超规定时限上报数据或者不报数据，将依法处理。
 |
| 本单位已经认真阅读上述**“特别说明”，**同意严格执行上述各项要求，并申请参加本次能力验证活动。检验检测机构负责人签名：检验检测机构（盖章） ：  年 月 日 |
| 检测机构需要说明的其他意见：检验检测机构负责人签名：检验检测机构（盖章） ：  年 月 日 |