

โปรแกรมประเมินคุณภาพวิเคราะห์สารเคมีคลินิกในซีรัมโดยองค์กรภายนอก

หจก.อีคิวเอ เซ็นเตอร์ 420/55-56 หมู่บ้านเอชยูไอ อ.กาญจนาภิเษก แขวงคลองไม้ เขตประเวศ กทม. 10250

โทรศัพท์ 02 751 6058, 08 9815 2508 โทรสาร 02 751 7857

E-mail : eqacenter@gmail.com Website : www.eqacenter.net

EQA:SC

แบบฟอร์มลงทะเบียนสมาชิก EQA:SC ปี 2564

รหัสสมาชิก SC

สมาชิกภาพ ☐ เคยเป็นสมาชิก รหัส ปี

รหัสประเมินผล N

☐ ไม่เคยเป็นสมาชิก และต้องการสมัครเป็นสมาชิกปี 2564

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

ชื่อหน่วยงาน/แผนก

เครื่องที่ใช้

ชื่อโรงพยาบาล

ที่อยู่/ที่ตั้ง

จังหวัด/รหัสไปรษณีย์

E- mail

โทรศัพท์

Fax.

ชื่อผู้รับผิดชอบ QC แล็บ

Mobile Phone

ชื่อหัวหน้าแล็บ

Mobile Phone

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นสมาชิกในโปรแกรมประเมินคุณภาพวิเคราะห์สารเคมีคลินิกในซีรัม (EQA:SC) ปีสมาชิก 2564 (ม.ค. - ธ.ค.64)

พร้อมกันนี้ได้ส่งค่าสมัครลงทะเบียนสมาชิก เป็นจำนวนเงิน 4,200 บาท (สี่พันสองร้อยบาทถ้วน) โดยชำระเป็น

[] เช็คธนาคารในบัญชีชื่อ "หจก.อีคิวเอ เซ็นเตอร์"

[] ธนาณัติไปรษณีย์สาขาทุ่งเศรษฐี 10263 (ม.รวมค่าแห่ง 2) ในนาม นาง วิไลวรรณ ปรีชาวุฒิ

[] โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาเมกา บางนา ชื่อบัญชี " หจก.อีคิวเอ เซ็นเตอร์ "

เลขบัญชี 362 - 213263 - 9 (* กรุณาส่งไปรษณีย์ สำเนาใบโอนเงิน มาพร้อมใบสมัคร)

[] ได้รับอุปถัมภ์ค่าสมาชิก EQA:SC จาก บริษัท

ชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้แทนบริษัท โทร./มือถือ

ชื่อ/ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จ [] ตามข้อมูลด้านบน

ลงชื่อ

[] อื่นๆ (ระบุ)

()

ตำแหน่ง

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....

วันที่สมัคร

ส่งถึง คุณ

หมายเหตุ : โปรดตรวจสอบข้อมูล ชื่อ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร ในใบสมัครนี้ หากไม่ถูกต้อง หรือ มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล

กรุณาแก้ไขด้วยลายมือบรรจง และส่งคืนให้ศูนย์อีคิวเอ เซ็นเตอร์ เพื่อจะได้แก้ไขในข้อมูลคอมพิวเตอร์ของโครงการฯ ต่อไป

* กรณีชำระด้วยเช็คธนาคารหรือ ธนาณัติ กรุณาส่งมาพร้อมใบสมัคร ทางไปรษณีย์ ถึง หจก.อีคิวเอ เซ็นเตอร์ เพื่อการออกใบเสร็จรับเงิน

* กรณีได้รับการอุปถัมภ์ค่าสมาชิก ทางศูนย์ฯ ขอสงวนสิทธิ์รับลงทะเบียนโดยถือตามเอกสารยืนยันจากบริษัทสปอนเซอร์

* กรุณาส่งใบสมัคร ถึงศูนย์อีคิวเอ เซ็นเตอร์ ทางไปรษณีย์

* สถานภาพสมาชิกจะสมบูรณ์เมื่อหลักฐานการจ่ายและรับเงินค่าสมัครสมาชิกสมบูรณ์แล้ว

โปรแกรมประเมินคุณภาพวิเคราะห์สารเคมีคลินิกในซีรัมโดยองค์กรภายนอก กลุ่มโรช

หจก.อีคิว เซ็นเตอร์ 420/55-56 หมู่บ้านเอชทูโอ ถ.กาญจนาภิเษก แขวงคลองไม้ เขตประเวศ กทม. 10250

โทรศัพท์ 02 751 6058, 08 9815 2508 โทรสาร 02 751 7857

E-mail : eqacenter@gmail.com Website : www.eqacenter.net

REQC

แบบฟอร์มลงทะเบียนสมาชิก REQC ปี 2564

รหัสสมาชิก REQC

รุ่นเครื่อง กลุ่มโรช ☐ Cobas C 503 ☐ Integra 400/400 plus ☐ Cobas C 311 ☐ Cobas C 111
☐ Integra 800 ☐ Reflotron ☐ Cobas C 501 ☐ Others

(กรุณาระบุเครื่องที่ใช้)

ชื่อหน่วยงาน /แผนก

ชื่อสถานพยาบาล

ที่อยู่/ที่ตั้ง

จังหวัด/รหัสไปรษณีย์

E- mail

โทรศัพท์

Fax.

ชื่อผู้รับผิดชอบ QC แล็บ

Mobile Phone

ชื่อหัวหน้าแล็บ

Mobile Phone

ข้าพเจ้าสมัครเป็นสมาชิกในโปรแกรมประเมินคุณภาพวิเคราะห์สารเคมีคลินิกในซีรัม กลุ่มโรช (REQC) ปีสมาชิก 2564 (ม.ค.-ธ.ค.2564)
พร้อมกันนี้ได้ส่งค่าสมัครลงทะเบียนสมาชิก ปี 2564 เป็นจำนวนเงิน 4,200 บาท (สี่พันสองร้อยบาทถ้วน) โดยชำระเป็น

[] เช็คธนาคารในบัญชีชื่อ " หจก. อีคิว เซ็นเตอร์ "

[] ธนาคารไปรษณีย์ สาขาทุ่งศรีบุรี 10263 (ม.รณค.แห่ง 2) ในนาม นาง วิไลวรรณ ปรีชาวุฒิ

[] โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาเมกา บางนา ชื่อบัญชี " หจก. อีคิว เซ็นเตอร์ "

เลขบัญชี 362 - 213263 - 9 (กรุณาส่งไปรษณีย์ สำเนาใบโอนเงิน ส่งมาพร้อมใบสมัคร)

ออกใบเสร็จในนาม.....เลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....

[] ได้รับอุปถัมภ์ค่าสมาชิกจาก บริษัท โรช ไดแอ็กโนสติกส์ (ประเทศไทย) จำกัด

**กรุณาระบุชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้แทนบริษัทโทร./มือถือ

ลงชื่อ

[] ไม่ประสงค์เข้าร่วมโปรแกรม REQC

เนื่องจาก.....

ตำแหน่ง

วันที่สมัคร

หมายเหตุ : โปรดตรวจสอบข้อมูล ชื่อ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร ในใบสมัครนี้ หากไม่ถูกต้อง หรือมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล

กรุณาแก้ไขด้วยลายมือบรรจง และส่งคืนให้ศูนย์อีคิว เซ็นเตอร์ เพื่อจะได้แก้ไขในข้อมูลคอมพิวเตอร์ของโครงการฯ ต่อไป

* กรุณาส่งใบสมัคร ถึงศูนย์อีคิว เซ็นเตอร์ ทางไปรษณีย์

* โปรแกรม REQC เป็นโปรแกรมที่ประเมินผลเฉพาะเครื่องกลุ่มโรช ขอสงวนสิทธิ์รับสมัครตามที่บริษัท Roche กำหนด

โปรแกรมประเมินคุณภาพวิเคราะห์สารบ่งชี้โรคหัวใจโดยองค์กรภายนอก

EQA:CM

ศูนย์ประเมินคุณภาพฯ อีคิวเอ เซ็นเตอร์

หจก. อีคิวเอ เซ็นเตอร์ 420/55-56 หมู่บ้านเอชทูโอ ถ.กาญจนาภิเษก

แขวงคลองไม้ เขตประเวศ กรุงเทพฯ 10250

โทรศัพท์ 02 751 6058, 08 9815 2508 โทรสาร 02 751 7857

E-mail : eqacenter@gmail.com Website : www.eqacenter.net

แบบฟอร์มลงทะเบียนสมาชิก EQA:CM ปี 2564

รหัสสมาชิก CM

สมาชิกสภาพ

☐ เคยเป็นสมาชิก ปี 2563 รหัส CM..... และสมัครต่อสมาชิก ปี 2564

☐ ไม่เคยเป็นสมาชิก และต้องการสมัครสมาชิกปี 2564

รายการประเมินคุณภาพ

() CK-MB mass () Trop-I () Trop-T () Trop-T:Cobas h232 () Homocysteine () NT pro-BNP

() Myoglobin () hs CRP

() D-Dimer () hs TnT () hs TnI

เครื่องมือที่ใช้

ชื่อหน่วยงาน /แผนก

ชื่อโรงพยาบาล

ที่อยู่/ที่ตั้ง

จังหวัด/ รหัสไปรษณีย์

E-mail

โทรศัพท์

Fax.

ชื่อผู้รับผิดชอบ QC แล็บ

Mobile Phone

ชื่อหัวหน้าแล็บ

Mobile Phone

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นสมาชิกในโปรแกรมประเมินคุณภาพวิเคราะห์สารบ่งชี้โรคหัวใจ (EQA:CM) ปีสมาชิก 2564 (ม.ค. - ธ.ค.64) พร้อมกันนี้ได้ส่งค่าสมัครลงทะเบียนสมาชิก ปี2564 เป็นจำนวนเงิน 5,100 บาท (ห้าพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน) โดยชำระเป็น

[] เช็คธนาคารในบัญชีชื่อ "หจก. อีคิวเอ เซ็นเตอร์ "

[] ธนาณัติไปรษณีย์ สาขาทุ่งเศรษฐี 10263 (ม.รามคำแหง 2) ในนาม นาง วิไลวรรณ ปรีชาวุฒิ

[] โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขามกนา บางนา ชื่อบัญชี " หจก. อีคิวเอ เซ็นเตอร์ " เลขบัญชี 362 - 213263 - 9 (กรุณาส่งใบโอนเงิน และชื่อที่อยู่ในการออกใบเสร็จ มาทางไปรษณีย์พร้อมใบสมัคร)

[] ได้รับอุปถัมภ์ค่าสมาชิก EQA:CM จาก บริษัทสำหรับเครื่อง.....
ชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้แทนบริษัท โทร./มือถือ

ชื่อ/ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จ [] ตามข้อมูลด้านบน

ลงชื่อ

[] อื่นๆ (ระบุ)

()

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี

ตำแหน่ง

ส่งถึง

วันที่สมัคร

หมายเหตุ : โปรดตรวจสอบข้อมูล ชื่อ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร ในใบสมัครนี้ หากไม่ถูกต้อง หรือ มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล

กรุณาแก้ไขด้วยลายมือบรรจง และส่งคืนให้ศูนย์อีคิวเอ เซ็นเตอร์ เพื่อจะได้แก้ไขในข้อมูลคอมพิวเตอร์ของโครงการฯ ต่อไป

* กรณีชำระด้วยเช็คธนาคาร หรือ ธนาณัติ กรุณาส่งมาพร้อมใบสมัคร ทางไปรษณีย์ ถึง หจก.อีคิวเอ เซ็นเตอร์ เพื่อการออกใบเสร็จรับเงิน

* กรณีได้รับการอุปถัมภ์ค่าสมาชิก ทางศูนย์ฯ ขอสงวนสิทธิ์ลงทะเบียนโดยอัตโนมัติตามเอกสารยืนยันจากบริษัทสปอนเซอร์

* กรณีส่งใบสมัคร ถึงศูนย์อีคิวเอ เซ็นเตอร์ กรุณาส่งมาพร้อมสำเนาการโอนเงิน มาทางไปรษณีย์

* สถานภาพสมาชิกจะสมบูรณ์เมื่อหลักฐานการจ่ายและรับเงินค่าสมัครสมาชิกสมบูรณ์แล้ว

โปรแกรมประเมินคุณภาพผลตรวจน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วด้วยเครื่องกลูโคมิเตอร์

EQA:PG

ศูนย์ประเมินคุณภาพฯ อีคิวเอ เซ็นเตอร์ 420/55-56 หมู่บ้านเอชยูโอ อ.กาญจนาภิเษก แขวงคลองไม้ เขตประเวศ กรุงเทพฯ 10250
โทรศัพท์ 02 751 6058, 08 9815 2508 โทรสาร 02 751 7857

E-mail : eqacenter@gmail.com Website : www.eqacenter.net

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

External Quality Assessment program of POCT Blood Glucose (EQA:PG)

code No. _____

(Sub code No. _____)

สมาชิกสมาคม

☐ เคยเป็นสมาชิก EQA:PG ปี 2563 รหัสสมาชิก no. _____

☐ เคยเป็นสมาชิก EQA: SC / Hb / UC รหัส _____

☐ ไม่เคยเป็นสมาชิก EQA Center

แบบฟอร์มลงทะเบียนสมาชิก EQA:PG ปี 2564

รุ่นเครื่องที่ใช้ = _____

วิธี Strip ที่ใช้ _____

หมายเลขเครื่อง = _____

CODE วิธี Strip 1 = GDH NAD , 2 = GDH FAD , 3 = GOD Biosensor , 4 = GOD Reflectometry , 5 = GDH PQQ , 6 = GDH MPQQ

ชื่อหน่วยงาน/แผนก _____

ชื่อสถานพยาบาล _____

ที่อยู่/ที่ตั้ง _____

จังหวัด/รหัสไปรษณีย์ _____

E- mail _____

โทรศัพท์ _____

Fax. _____

ชื่อผู้รับผิดชอบ QC แล็บ _____

Mobile Phone _____

ชื่อหัวหน้าแล็บ _____

Mobile Phone _____

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นสมาชิกในโปรแกรมประเมินคุณภาพผลตรวจน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วด้วยเครื่องกลูโคมิเตอร์ (EQA:PG)

สำหรับปี 2564 [] จำนวน 1 เครื่อง เครื่องละ 2,700 บาท

[] จำนวน _____ แพคเกจ แพคเกจละ 3,300 บาท (1 แพคเกจ สำหรับบริการประเมินผลรวม 5 เครื่อง)

= _____ บาท

พร้อมกันนี้ได้ส่งค่าสมัครลงทะเบียนสมาชิก โดยชำระเป็น

[] เช็คธนาคารในบัญชีชื่อ "หจก. อีคิวเอ เซ็นเตอร์"

[] ธนาคาภิบาลไปรษณีย์ สาขาทุ่งเศรษฐี 10263 (ม.รวมค่าแห่ง 2)

ในนาม นาง วิไลวรรณ ปรีชาวุฒิ

[] โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาเมกา บางนา

ชื่อบัญชี " หจก. อีคิวเอ เซ็นเตอร์ " เลขที่บัญชี 362 - 213263 - 9

[] ได้รับอุปถัมภ์ค่าสมาชิก EQA:PG จาก บริษัท _____

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้แทนบริษัท _____

โทร./มือถือ _____

(_____)

ลงชื่อ _____

ผู้สมัคร

[] ขอออกใบเสร็จในนาม _____

ตำแหน่ง _____

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี _____

หมายเหตุ : ปีสมาชิก 2564 เดือนที่ส่งตัวอย่างคือ มกราคม, มีนาคม, พฤษภาคม, กรกฎาคม, กันยายน, พฤศจิกายน 2564

โดยศูนย์ส่ง Lyophilized Blood Glucose Control ครั้งละ 2 ตัวอย่างต่อ 1 package ให้แล็บ รวมปีละ 6 ครั้ง

* กรณีชำระด้วยเช็คธนาคารหรือ ธนาคาภิบาล กรุณาส่งมาพร้อมใบสมัคร ทางไปรษณีย์ ถึง หจก. อีคิวเอ เซ็นเตอร์ เพื่อการออกใบเสร็จรับเงิน

* กรณีได้รับการอุปถัมภ์ค่าสมาชิก ทางศูนย์ฯ ขอสงวนสิทธิ์รับลงทะเบียนโดยถือตามเอกสารยืนยันจากบริษัทสปอนเซอร์

* กรุณากรอกข้อมูลให้ครบและส่งใบสมัคร พร้อมหลักฐานการชำระเงิน ทางไปรษณีย์

* สถานภาพสมาชิกจะสมบูรณ์เมื่อหลักฐานการจ่ายและรับเงินค่าสมัครสมาชิกสมบูรณ์แล้ว

โปรแกรมประเมินคุณภาพวิเคราะห์ฮีโมโกลบิน เอวันซีโดยองค์กรภายนอก

ศูนย์ประเมินคุณภาพฯ อีคิวเอ เซ็นเตอร์

หจก. อีคิวเอ เซ็นเตอร์ 420/55-56 หมู่บ้านเอชทูโอ ถ.กาญจนาภิเษก

แขวงคอกไม้ เขตประเวศ กรุงเทพฯ 10250

โทรศัพท์ 02 751 6058, 08 9815 2508 โทรสาร 02 751 7857

E-mail : eqacenter@gmail.com Website : www.eqacenter.net

EQA

Hb-A1c

Sponsor :

เครื่องวิเคราะห์ที่ใช้ :

แบบฟอร์มลงทะเบียนสมาชิกโปรแกรม EQA:Hb-A1c ปีสมาชิก 2564 (ก.ค.64 - มิ.ย.65)

สมาชิกสภาพ

☐ เคยเป็นสมาชิกเมื่อปี _____ รหัส _____ และต้องการต่ออายุสมาชิก ปี 2564

☐ ไม่เคยเป็นสมาชิก และต้องการสมัครเป็นสมาชิกปี 2564

ชื่อหน่วยงาน/แผนก

ชื่อโรงพยาบาล

ที่อยู่/ที่ตั้ง

จังหวัดและรหัสไปรษณีย์

E-mail :

โทรศัพท์

โทรสาร

ชื่อผู้รับผิดชอบ QC แล็บ

มือถือ

ชื่อหัวหน้าแล็บ

มือถือ

ข้าพเจ้าขอสมัครสมาชิกโปรแกรมประเมินคุณภาพวิเคราะห์ฮีโมโกลบิน เอวันซี (EQA:Hb-A1c) ปีสมาชิก 2564 (ก.ค.64 - มิ.ย.65) พร้อมกันนี้ได้ส่งค่าสมัครลงทะเบียนสมาชิก เป็นจำนวนเงิน 3,800 บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน) โดยชำระเป็น

[] เช็คธนาคารในบัญชีชื่อ "หจก. อีคิวเอ เซ็นเตอร์"

[] ธนาณัติไปรษณีย์ สาขาทุ่งเศรษฐี 10263 (ม.รามคำแหง 2) ในนาม นาง วิไลวรรณ ปรินาคุณ

[] โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาเมกา บางนา ชื่อบัญชี " หจก. อีคิวเอ เซ็นเตอร์ " เลขบัญชี 362 - 213263 - 9 (กรุณาแนบใบโอนเงิน และชื่อที่อยู่ในการออกใบเสร็จ มาทางไปรษณีย์)

[] ได้รับอุปถัมภ์ค่าสมาชิก EQA:Hb-A1c จาก บริษัท

ชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้แทนบริษัท โทร./มือถือ

ชื่อ/ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จ [] ตามข้อมูลด้านบน

ลงชื่อ

[] อื่นๆ (ระบุ)

(

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี

ตำแหน่ง

ส่งถึง

วันที่สมัคร

หมายเหตุ 1 โปรดกรอกใบสมัคร ตรวจสอบข้อมูล ชื่อ ที่อยู่ เลขโทรศัพท์ โทรสาร ที่เปลี่ยนแปลงหรือคลาดเคลื่อน แก้ไข

เพิ่มเติมข้อมูล และ โปรดส่งคืนใบสมัครมายังศูนย์ พร้อมเอกสาร/สำเนาหลักฐานการชำระค่าสมาชิก

2 ปีสมาชิกเริ่ม 1 กรกฎาคม 2564 และสิ้นสุดอายุ 30 มิถุนายน 2565 เดือนที่ส่งตัวอย่างคือ กรกฎาคม, กันยายน, พฤศจิกายน, มกราคม, มีนาคม และ พฤษภาคม โดยศูนย์ส่ง Lyophilized Hemolysate ครั้งละ 2 ตัวอย่างให้แล็บ รวมปีละ 6 ครั้ง (Dispatched Date 10 of the Month)

3 ในการดำเนินการ ทางศูนย์ฯ จะส่งผลประเมินคุณภาพฯ ทุกๆ 2 เดือน ถึงหัวหน้าห้องปฏิบัติการโดยตรง

4 ศูนย์ฯ ขออภัยไม่สามารถบริการประเมินผลตรวจของเครื่อง Nycocard, Cholestec, Alere Afinion และ Clover A1C เนื่องจากมีปัญหาเรื่องชนิดตัวอย่าง Lyophilized hemolysate ที่ไม่เหมาะสมกับเครื่องทั้งสี่ดังกล่าว (โปรดจัดส่งใบสมัคร)

โปรแกรมประเมินคุณภาพวิเคราะห์สารเคมีในปัสสาวะโดยองค์กรภายนอก

EQA:UC

ศูนย์ประเมินคุณภาพฯ อีคิวเอ เซ็นเตอร์

หจก. อีคิวเอ เซ็นเตอร์ 420/55-56 หมู่บ้านเอชทูโอ ถนนพหลโยธิน แขวงคลองไม้ เขตประเวศ กรุงเทพฯ 10250

โทรศัพท์ 02 751 6058, 08 9815 2508 โทรสาร 02 751 7857

E-mail : eqacenter@gmail.com / www.eqacenter.net

แบบฟอร์มลงทะเบียนสมาชิกโปรแกรม EQA:UC ปีสมาชิก 2564

รหัสสมาชิก UC

สมาชิกภาพ ☐ เคยเป็นสมาชิกปี 2563 รหัส _____ และต้องการต่ออายุสมาชิกปี 2564

☐ ไม่เคยเป็นสมาชิก และต้องการสมัครเป็นสมาชิกปี 2564 Sponsor : _____

โปรแกรม EQA:UC มีรายการประเมินคุณภาพ ผลตรวจในปัสสาวะในรายการทดสอบ ดังนี้ เครื่องที่ใช้ตรวจวิเคราะห์ :

[] Electrolytes [] Total Protein [] Microalbumin [] Creatinine [] Urea [] Uric acid
[] Glucose [] Total Calcium [] Inorg. Phosphorus [] Magnesium

ชื่อหน่วยงาน /แผนก _____

ชื่อโรงพยาบาล _____

ที่อยู่/ที่ตั้ง _____

จังหวัด และ รหัสไปรษณีย์ _____

E- mail _____

โทรศัพท์ _____

โทรสาร _____

ชื่อผู้รับผิดชอบ QC แล็บ _____

มือถือ _____

ชื่อหัวหน้าแล็บ _____

มือถือ _____

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นสมาชิกในโปรแกรมประเมินคุณภาพวิเคราะห์สารเคมีในปัสสาวะ (EQA:UC) ปีสมาชิก 2564 (ก.ค.2564 - มิ.ย.2565) พร้อมกันนี้ได้ส่งค่าสมัครลงทะเบียนสมาชิก เป็นจำนวนเงิน 3,800.- บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน) โดยชำระเป็น

[] เช็คธนาคารในบัญชีชื่อ "หจก. อีคิวเอ เซ็นเตอร์"

[] ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาทุ่งครุ 10263 (รอมค่าแห่ง 2) ในนาม นาง วิไลวรรณ ปรีชาวุฒิ

[] โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาเมกา บางนา ชื่อบัญชี "หจก.อีคิวเอ เซ็นเตอร์"

เลขบัญชี 362 - 213263 - 9 (กรุณาส่งใบโอนเงิน และชื่อที่อยู่ในการออกใบเสร็จ มาทางไปรษณีย์)

[] ได้รับอุปถัมภ์ค่าสมาชิก EQA:UC จากบริษัท _____

ชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้แทนบริษัท _____

โทร./มือถือ _____

ชื่อ/ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จ [] ตามข้อมูลด้านบน

ลงชื่อ _____

[/] อื่นๆ (ระบุ) _____

(_____)

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี _____

ตำแหน่ง _____

ส่งถึง คุณ _____

วันที่สมัคร _____

หมายเหตุ 1 โปรดกรอกใบสมัคร ตรวจสอบข้อมูล ชื่อ ที่อยู่ เลขโทรศัพท์ โทรสาร ที่เปลี่ยนแปลงหรือคลาดเคลื่อน แก้ไข เพิ่มเติมข้อมูล และโปรดส่งคืนใบสมัครมายังศูนย์ พร้อมเอกสาร/หลักฐานการชำระค่าสมาชิก

2 ปีสมาชิกเริ่ม 1 กรกฎาคม 2564 และสิ้นสุดอายุ 30 มิถุนายน 2565 เดือนที่ส่งตัวอย่างคือ กรกฎาคม, กันยายน, พฤศจิกายน, มกราคม, มีนาคม และ พฤษภาคม โดยศูนย์ส่งตัวอย่าง Lyophilized Urine ครั้งละ 2 ตัวอย่างให้แล็บ และส่งผลประเมินคุณภาพฯ ทุกๆ 2 เดือน ส่งถึงหัวหน้าห้องปฏิบัติการโดยตรง รวม 6 ครั้ง

3 ผลตรวจต้องใช้วิธีวิเคราะห์โดยน้ำยาและเครื่องวัดปริมาณวิเคราะห์ Quantitative Analysis

(ไม่รับประเมินผลตรวจด้วย Strip tests หรือแสดงคุณภาพวิเคราะห์ Qualitative Analysis โปรดจัดส่งใบสมัคร)