



维修委托书和询价单

Return Merchandise Authorization



请填写以下表格。机台返回时，也请附上此表。

填表日期/In Date 年 月

收件地址：博迈立诚仪器（深圳）有限公司

广东省深圳市光明区玉塘街道田寮社区同观路十九号路10号九洲工业园厂房2栋103
电话：+86-755-8600 6828转885/+86-13809895542

No. _____

<input type="checkbox"/> FC-	<input type="checkbox"/> PS100	<input type="checkbox"/> HG200	GAS _____	Inlet _____	TEMP _____ °C
<input type="checkbox"/> FM-	<input type="checkbox"/> HC100	<input type="checkbox"/> HM100		Outlet _____	
<input type="checkbox"/> SFC-			RANGE _____	SCCM	S/N _____
<input type="checkbox"/> FMT-					

Vaporizer- _____	S/N _____	SOURCE GAS _____	G/M	RATIO _____ %	Fitting IN _____	TEMP
		CARRIA GAS _____	RANGE _____	SCCM	Fitting OUT _____	<input type="checkbox"/> ROOM
				SLM		<input type="checkbox"/> 35°C

★产品使用情况：请务必清楚填写。以下信息将作为是否予以维修的判定依据。

①该产品是否有被用于说明书允许外的气体？

没 有

应用气体是：_____

②该产品是否参与了贵公司含铜相关的半导体工艺制程？

没 有

1: 委托内容

维修

故障现象

- 无气体流出
- 无法停止气体流出
- 实际流量大于显示流量
- 实际流量小于显示流量

- 设定和显示不一致
- 振荡/Oscillation
- 漏气/外漏
- 其它 (_____)

发生时间

- 使用中-渐变不良
- 使用中-突变不良
- 更换气泵时
- 一开始用即不良 (DOA)
- 其它 (_____)

规格变更 (请在需要调整规格时填写下表)

GAS _____	RANGE _____	SCCM	Fitting IN _____	TEMP
		SLM	Fitting OUT _____	_____ °C
		G/M		
SOURCE GAS _____	G/M	RATIO _____ %	継手IN _____	TEMP
CARRIA GAS _____	RANGE _____	SCCM	継手OUT _____	<input type="checkbox"/> ROOM
		SLM		<input type="checkbox"/> 35°C
其它变更 (othe _____)				

翻修

其它 _____

维修报告

2: 收信地址 (报价、发票)

贵司采购订单号 _____

公司	邮编
地址	□ □ □ □ □ □
部门	TEL _____ 分机 _____
姓名	FAX _____

3: 收件地址 (同收信地址可不填)

公司	邮编
地址	□ □ □ □ □ □
部门	TEL _____ 分机 _____
姓名	FAX _____

4: 您的联系信息

同2: 收信地址

同3: 收件地址

其他 (请填写下表)

公司	姓名	TEL
部门		

5: 请选择处理方法。 (如无选择，默认人民币8000元内可直接维修。)

- 交期优先 (可不考虑价格直接维修，保证及时返还)
- 预算优先 (确认报价后决定是否维修)
- 折中型 (_____)元人民币内维修。

6: 备注 (期望交期等要求请填写于此。)

7: 出口贸易管制 要 不要 (博迈立诚确认事项)

PROTERIAL