

**แบบฟอร์มการตรวจประเมิน
การปฏิบัติงานของผู้เข้าร่วมโครงการ “หัวใจเชื่อเพลิงมาตรฐาน”**

๑. วันที่ตรวจประเมิน

๒. ชื่อผู้เข้าร่วมโครงการ.....

(๑) ชื่อ (บุคคลธรรมดา นิติบุคคล).....
เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตรอก/ซอย.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทร..... โทรสาร..... อื่นๆ.....

(๒) สถานที่ประกอบการ.....
เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตรอก/ซอย.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทร..... โทรสาร..... อื่นๆ.....

๓. รายละเอียดการตรวจประเมิน

๓.๑ ถังดวงแบบมาตรา ๕ ลิตร จำนวน

- ผ่านการสอบเทียบจาก กองชั่งตวงวัด ส่วนกลาง
- ศูนย์/สาขาชั่งตวงวัด
- ห้องปฏิบัติการที่ได้รับ ISO/IEC ๑๗๐๒๕
- ชื่อปฏิบัติการ

- สอบเทียบเมื่อวันที่

กรณีมีถังดวงแบบมาตราจำนวนมากสามารถแนบเอกสารเพิ่มได้

สรุปผลการประเมินถังดวงแบบมาตรา

- ถูกต้อง แก้ไข

๓.๒ การรายงานผลการทดสอบความถูกต้องของมาตรวัด

- ภายในวันที่ ๑,๑๕ ของทุกเดือน ในช่วง ๖ เดือนแรกของการเข้าร่วมโครงการ
- ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน หลัง ๖ ของการเข้าร่วมโครงการ

สรุปผลการประเมินการรายงานผล

- ถูกต้อง แก้ไข

๓.๓ ไม่มีพฤติกรรมที่เอารัดเอาเปรียบผู้บริโภค

ถูกต้อง แก้ไข

๓.๔ ปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ประกาศ และคำสั่งที่ออกตาม พ.ร.บ. มาตรการขังตวงวัด พ.ศ. ๒๕๔๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ถูกต้อง แก้ไข

๓.๕ การติดสติ๊กเกอร์สัญลักษณ์โครงการ

- Standard Verified (สีน้ำเงิน)
- เป็นไปตามมาตรฐานติดต่อกัน ๖ เดือน ไม่มีผิด (สีเงิน)
- เป็นไปตามมาตรฐานติดต่อกัน ๒ ปี ไม่มีผิด (สีทอง)

๔. สรุปผลการประเมิน ผ่าน แก้ไข

ข้อเสนอแนะ/ข้อแก้ไข.....

.....

.....

.....

ลงลายมือชื่อ.....ผู้รับการตรวจประเมิน

(.....)

(ตำแหน่ง).....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ลงลายมือชื่อ.....ผู้ตรวจประเมิน

(.....)

(ตำแหน่ง).....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.