

## Anfrage Laborauftrag / Vorgaben für Angebot

\_\_\_\_\_  
 Ansprechpartner Datum

\_\_\_\_\_  
 Ansprechpartner Stellvertreter Auftragsnummer

\_\_\_\_\_  
 Firmenname

\_\_\_\_\_  
 Versandadresse

\_\_\_\_\_  
 Rechnungsadresse

\_\_\_\_\_  
 Stadt Land PLZ

\_\_\_\_\_  
 Telefon Fax E-Mail-Adresse

**DIE BESTELLUNG MUSS VOR START DER PRÜFUNG EINGEGANGEN SEIN**

### Prüfung:

Die Proben sollen wie folgt geprüft werden:

**Zugrundeliegende Norm**  
 (Besondere Angaben, ISO, DIN, usw.): \_\_\_\_\_

**Zusätzliche Informationen:**  
 \_\_\_\_\_

Prüfdauer: \_\_\_\_\_  Stunden  KJ  Zyklen

Probenanzahl: \_\_\_\_\_ Anzahl an Referenzproben: \_\_\_\_\_

Probengröße: \_\_\_\_\_

Dürfen die Proben bei Bedarf zugeschnitten werden?  ja  nein

Dürfen die Proben halb abgedeckt werden?  ja  nein

**Probenbeschreibung, ggf. eine weitere Seite anfügen:**

Probenbezeichnung	Prüfdauer

Die zu belichtende Seite ist  beschriftet /  unbeschriftet

Sollen Die Proben zusätzlich hinterlegt werden?  ja  nein , wenn „Ja“, wie: \_\_\_\_\_

**Beurteilungen:**

Beurteilungsart/Intervall  nach KJ  nach Stunden  nach Zyklen

- Visuelle Beurteilung nach \_\_\_\_\_
- Farbmessung nach \_\_\_\_\_
- Glanzmessung nach \_\_\_\_\_
- Digitalfoto nach \_\_\_\_\_

**Art der visuellen Beurteilung:**

Graumaßstab nach DIN EN ISO 105 A02

Andere (Beschreibung) \_\_\_\_\_

**Farbmessung**

**Standard:** \_\_\_\_\_

**Farbsystem:**

CIELAB  CIE X,Y,Z  Andere \_\_\_\_\_

**Lichtart:**

D65  C  A  Andere \_\_\_\_\_

**Beobachter:**

10°  2°

**Geometrie:**

ausschließlich diffus

**Gerichtete Reflexion:**

Eingeschlossen  Ausgeschlossen

Reflektion

Transmission

**Glanzmessung Standard:** \_\_\_\_\_

**Geometrie:**

20°  60°  85°

**Digitalfotografie**

**Rücksendung durch:**  Normal  Express  Andere \_\_\_\_\_

(Der Transport muss rückführbar sein)

Lieferung an  **Lab EU**

ATLAS MTT GmbH  
 Vogelsbergstraße 22  
 63589 Linsengericht  
 Germany  
 Tel.: 0049 6051 707 272  
 E-Mail: atlas.lab-eu@ametek.com