中国合格评定国家认可
国机械工业联
会
会
中机联质函[20121050号
关于开展 CNAs TO073立式加工中心位置精度检测
能力验证计划的通知
各有关实验室:
为了提高机械工业机床行业实验室和获准 cNΛ S认可的有关实验
室检测数据一致性和有效性,更好的为机床产品质量提升和监控做好
基础工作,经中国机械工业联合会与中国合格评定国家认可委员会
(C llAs)商定,决定开展
“
立式加工中心位置精度检测
Ⅱ能力验证计
划.该计划已列入 CNAS2012年度能力验证计划,计划编号为
“
CNAS
T0673” .现将具体要求通知如下:
一、计划的检测项目和参加实验室
l检测项目:本次能力验证计划检测项目包括
“
Ⅹ轴双向定位精
度 AⅡ 、“
X轴单向重复定位精度 R↑ 和R↓
”.

2参加实验室:本次能力验证计划要求已获准 cNΛ s认可的从事
机床产品检测的实验室全部参加,同时欢迎其它从事机床产品检测的
机构积极参加本次计划。
二、计划的组织实施
l依据:本次能力验证计划按照IS0/IEC17043《合格评定筒乞力
验证的通用要求》进行实施.
2组织:本次能力验证计划由中国机械工业联合会和 CNAs共同
组织.委托
“国家机床质量监督检验中心”作为实施机构,具体负责
能力验证计划的技术操作,制定计划指导书,制各样品,回收和分析
结果,起草结果报告等.
3费用:CNAs的能力验证为非菅利性.本次能力验证计划需由
参加实验室承担运作费用.费用应汇至中国机械工业联合会.
4时间安排:⒛ 12年 7月 15日截止报名;⒛ 12年 7月中旬开始
实施;2012年 10月底完成结果报告,并分发给各参加实验室.
5保密:本次能力验证计划为每个参加实验室赋予一个代码,报
告中以代码表示实验室,不公开参加实验室与结果的对应关系.
三、有关要求
l参加实验室要正确认识能力验证的目的和意义,按照日常检测
工作对待本次能力验证活动,客观真实反映检测能力和水平,确保本
次能力验证活动取得实效.
2参加实验室要独立完成能力验证项目,凡发现有作弊行为者将
直接撤销其认可资格.对于参加能力验证计划结果不满意的实验室,

如结果不满意的项目已获 c淞 s认可,应按其体系文件规定以及 CNAs
RLO2∶ nJ10《能力验证规则》相关要求,自行实施有效的纠正措施和
验证措施、暂停和恢复使用 mAs认可标识;对于出现不满意结果的项
目为非认可项目的实验室,CNAS建议其自行开展纠正措施。如不满
意结果的项目拟申请 CNAs认可,需留存相应纠正措施和验证活动的
记录,以便申请实验室认可时使用。对于结果满意的项目,在 CNΛ S的
各类评审中可适当根据情况考虑简化相关项目的能力确认过程.
3请各参加实验室于 2012年 7月 15日前填写好报名表 (见附
件),传真或邮寄至本次计划的实施机构国家机床质量监督检验中心.
①国家机床质量监督检验中心联络信丿崽:
联系人:张绍勇
电话/传磅子: 010-64713874, 13641049551/010-64739740
通讯地址:北京市朝阳区望京路 4号 ,100102
E—mai1∶ w64739627a126 c。 m
②中国机械工业联合会联络信息:
联系人:裴二阳
联系哇L话 : 010-68594797/68594987, 传手争: 010-68594987
联络地址:北京市西城区三里河路 46号 ,100823
E—mai1∶ cmifpcyang匍mci nct cn
③CNAs联络信`息 :

联系人:葛曼丽、韩京城
耳走系诖L话 : 010-67105287/67105284,
通讯地址:北京市东城区南花市大街 8
E—nla i l∶ ptacnas org cn
能力验证费用请汇入:
开户银行:工商银行北京礼士路支行
账 号: 0200003609024901455
收款单位:中国机械工业联合会
收费金额:玖仟伍佰元整 (950000)
用 途:能力验证
二 ⊙
主题词: 能力验证通知
传真 : 010-67105053
号 , 100062
中国
二年五月二
抄送:国家机床质量监督检验中心
中国机械工业联合会
中国合格评定国家认可委员会秘书处
(存档 2份)
(存档 2份)

CNΛS、VI2⒈ Ol/02B`l
编号:驯一
计划名称立式加⊥ 屮心位置精度检测计戋刂编号 CNΛS T0673
参加的测试/
狈哐塾页目为
全部参加
部分参加
□
□ (列出参加的具体项目)
实验室组织机构代码 ;
实验室认可证书号;
实验室名称 (中、萸文)
地址、邮编 (中、英文)
联系人 (中、英文):
lL话/传真虍 Ⅵail:
坝刂试/狈刂
量项目为
□ 全部获认可
全部非认可
部分获认可
□
□ (列出J页目名称)
校准项目的最仕测量能力 (最小不确定度)为 (仅参加校准计划的实验室填写):
实验室负责人签名
年月日
附件 :
能力验证计划报名表
注:请填写实验室的全称, 已获准或正在申请 cNΛ s认可的实验室,按认可或中
请认可的名称填写