

ZLECENIE WYKONANIA PRZEGLĄDU TECHNICZNEGO WYROBU MEDYCZNEGO

Przeгляд dotyczy:

.....

(nazwa artykułu, numer karty gwarancyjnej, numer seryjny)

.....

.....

z faktury nr.:

z dnia:

osoba zlecająca przegląd:

(imię, nazwisko, stanowisko, telefon, adres)

.....

.....

Ewentualne uwagi (uszkodzenia, spis podzespołów do wymiany etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data i miejsce

Pieczętka i podpis

*Proces przyjęcia zgłoszenia rozpoczyna się w momencie przesłania do ALVO Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. k. wypełnionych i podpisanych **wszystkich pól** formularza*