

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

.....

Pieczęć i podpis

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

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Alvo Sp. z o.o. z siedzibą przy ul.Południowej 21A, 64-030 Śmigiel.
Pełna treść obowiązku informacyjnego znajduje się pod adresem: www.alvo.pl/daneosobowe

Niniejszy dokument jest własnością firmy ALVO Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. k.

Podstawa systemu zarządzania jakością: Norma EN ISO 9001 i Norma EN ISO 13485

1/1

Rev.1; 28-04-2017