



ZLECENIE SERWISOWE

_____ MIEJSCOWOŚĆ I DATA

NUMER NIP ZLECENIODAWCY

MIRO Sp. z o. o.

DZIAŁ SERWIS

ul. Wolińska 21A; 64-100 Leszno

tel: 65 525 93 15, fax: 65 525 93 02

Sylwia Paszkowiak - 601 829 917

Zlecam Państwa autoryzowanemu serwisowi: naprawę/ przegląd techniczny¹ aparatury medycznej²:

nazwa sprzętu _____

okres gwarancji / data zakupu sprzętu _____

model _____ numer seryjny _____

OPIS USTERKI: _____

NAZWISKO I NUMER KONTAKTOWY PRZEDSTAWICIELA ZLECENIODAWCY

PIECZĘĆ I PODPIS ZLECENIODAWCY

¹ niepotrzebne skreślić

² w przypadku serwisu pogwarancyjnego wizyta serwisanta jest poprzedzona przesłaniem kosztów usługi