

FORMULARZ ZGŁOSZENIA SERWISOWEGO APARATURY MEDYCZNEJ
(nie dotyczy implantów słuchowych)**Naprawy*** gwarancyjnej pogwarancyjnej**Przeгляdu*** gwarancyjnego pogwarancyjnego**Dane urządzenia:**

Nazwa**

Model/typ

Nr seryjny**

Opis usterki:**Dane zgłaszającego:**

Nazwa placówki**

Sekcja/dział**

Ulica, nr**

Kod pocztowy **

Miejscowość**

Telefon**

Fax**

E-mail

Imię i nazwisko osoby do kontaktu*

Dane do faktury:***

Pełna nazwa instytucji

Ulica, nr

Kod pocztowy

Miejscowość

NIP

Uwagi:

* właściwe zaznaczyć

** pola wymagane

*** wypełnić w przypadku usługi pogwarancyjnej

W przypadku wysyłki sprzętu prosimy o dołączenie do paczki niniejszego formularza i paszportu technicznego (jeśli dotyczy), a w przypadku napraw i przeglądów gwarancyjnych – dodatkowo kartę gwarancyjną.**Prosimy o właściwe zabezpieczenie wysyłanego sprzętu.****Medicus sp. z o.o.**

Plac Strzelecki 24

50-224 Wrocław

tel.: +48 71 347 20 24, 33, 38; faks: +48 71 347 21 15

e-mail: serwis-am@medicus.com.pl