



**ZLECENIE SERWISOWE**

ZLECAJĄCY	ADRESAT
NIP	<p><b>ProfiMedical</b>                  ul. Oswobodzenia 1                  40-403 Katowice                  tel/fax: 032 730 32 23  <a href="mailto:serwis@profimedical.pl">serwis@profimedical.pl</a></p>

**ZLECANA USŁUGA (ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE):**

<input type="checkbox"/>	PRZEGLĄD TECHNICZNY
<input type="checkbox"/>	DIAGNOZA USTERKI
<input type="checkbox"/>	USUNIĘCIE USTERKI, ZGODNIE Z OFERTĄ Z DNIA .....

RODZAJ URZĄDZENIA	PRODUCENT
NAZWA	NUMER SERYJNY

**PROBLEM TECHNICZNY (ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE):**

<input type="checkbox"/>	PROBLEMY Z OBRAZOWANIEM	<input type="checkbox"/>	USZKODZONA KLAWIATURA / TRACKBALL
<input type="checkbox"/>	PROBLEMY Z WŁĄCZENIEM/WYŁĄCZENIEM	<input type="checkbox"/>	USZKODZONE URZĄDZENIE PERYFERYJNE (PROSZĘ PODAĆ JAKIE) .....
<input type="checkbox"/>	APARAT WYŁĄCZA SIĘ W TRAKCIE PRACY	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/>	APARAT ZAWIESZA SIĘ	<input type="checkbox"/>	INNY: ..... .....

NAZWA PRACOWNI / ZAKŁADU / KLINIKI	GODZINY PRACY
OSOBA ODPOWIEDZIALNA:	NR TELEFONU:

.....  
data i podpis Zlecającego