

ZLECAJĄCY

Nazwa placówki	Adres ulica, miejscowość, kod pocztowy	Osoba kontaktowa	Adres e-mail	Telefon / Fax
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
NIP: _____	_____	_____	_____	_____

IDENTYFIKACJA SPRZĘTU

Model i Numer seryjny	Opis uszkodzenia	Dezynfekcja sprzętu zaznacz właściwe
_____	_____	<input type="checkbox"/> Wykonano dezynfekcję
_____	_____	<input type="checkbox"/> Niewykonano dezynfekcji
_____	_____	

ZLECENIE

Zlecenie Przeglądu Zlecenie wykonania Kosztorysu naprawy

Wyrażamy zgodę na wystawienie faktury VAT przez firmę REGENEMED Wojciech Peptoński i dostarczenie jej w formie elektronicznej.

Akceptujemy koszty związane z wykonaniem przeglądu lub kosztorysu naprawy zgodnie z aktualnym cennikiem zamieszczonym na stronie www.regenemed.pl

Pieczętka i podpis Zleceniodawcy

RegeneMed

Wojciech Peptoński

Serwis endoskopów medycznych
oraz sprzętu chirurgicznego

Mochle 7, k/Bydgoszcz

86-014 Sicienko

NIP: 554-28-48-278

+48 577-674-682

kontakt@regenemed.pl

www.regenemed.pl