



PT
SIGNAL
W W W . D E T E K T O R Y . P L

ZGŁOSZENIE SERWISOWE

RUBRYKI OZNACZONE NA SZARO WYPEŁNIA SERWIS

DATA WYPEŁNIENIA		DATA OTRZYMANIA		DATA WYKONANIA	
OSOBA ZGŁASZAJĄCA					
TELEFON KONTAKTOWY					
E-MAIL KONTAKTOWY					
NAZWA FIRMY					
ULICA					
KOD I MIASTO					
NIP					
SPOSÓB ODBIORU	<input type="checkbox"/> ODBIÓR OSOBISTY <input type="checkbox"/> WYSYŁKA KURIEREM (OPCJA PŁATNA) <small>(ZAZNACZ WŁAŚCIWE; PRZY ZAZNACZENIU OPCJI WYSYŁKA KURIEREM PROSZĘ WYPEŁNIĆ POLA PONIŻEJ)</small>				
NAZWA ODBIORCY					
ULICA ODBIORCY					
KOD I MIASTO ODBIORCY					
TYP URZĄDZENIA					
NUMER SERYJNY					
ZGŁASZANE CZYNNOŚCI	<input type="checkbox"/> KALIBRACJA <input type="checkbox"/> PRZEGLĄD <input type="checkbox"/> NAPRAWA <input type="checkbox"/> <small>(PROSZĘ ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE; WIĘCEJ NIŻ JEDNO JEŻELI POTRZEBA)</small>				
ZGŁASZANE USTERKI					
STWIERDZONE USTERKI					
ZGODA NA NAPRAWĘ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> CZĘŚCIOWA →				
WYKONANE CZYNNOŚCI					CENA NET
SERWISANT					RAZEM