ZLECENIE SERWISOWE NR _____

OSOBA PRZYJMUJĄCA ZLECENIE			
KLIENT	NAZWA GABINETU / NAZWISKO LEKARZA	ADRES GABINETU	KONTAKT TELFONICZNY
NAPRAWA GWARANCYJNA ☐		NAPRAWA POGWARANCYJNA ☐	
OPIS USTERKI			
WPŁYW USTERKI NA PRODUKT I PACJENTA	skala 1-5 (checkboxy) gdzie 1 - brak wpływu na bezpieczeństwo, 2 - niewielki lub pomijalny wpływ, 3 - możliwość odniesienia nieroźnych urazów bez stwałej utraty zdrowia, 4 - możliwość odniesienia poważych urazów bez trwałej utraty zdrowia. 5 - bardzo poważne urazy, trwała utrata zdrowia, śmierć		
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
PRZEWIDYWANY SPOSÓB ZAŁATWIENIA ZLECENIA			

POBRANE PRZEZ SERWISANTA CZĘŚCI ZAMIENNE	WYDANO	SZT	ZUŻYTO	SZT	ZWRÓCONO	SZT

ZLECENIE OTRZYMAŁ		TERMIN REALIZACJI	DZIEŃ GODZINA
PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ ZLECENIE (KOORDYNATOR SERWISU)			