

ZLECENIE SERWISOWE NR _____

OSOBA PRZYJMUJĄCA ZLECENIE						
KLIENT	NAZWA GABINETU / NAZWISKO LEKARZA	ADRES GABINETU		KONTAKT TELFONICZNY		
NAPRAWA GWARANCYJNA <input type="checkbox"/>			NAPRAWA POGWARANCYJNA <input type="checkbox"/>			
OPIS USTERKI						
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)						