

SIGMED Sp. z o.o., Ul. Mickiewicza 59, 47-253 Cisek

## ZGŁOSZENIE SERWISOWE

<b>Dane osobowe:</b>	
Imię i nazwisko	
Nazwa praktyki	
<b>Dane teleadresowe:</b>	
Ulica / Nr domu	
Kod i miejscowość	
Nr telefonu	
Nr faksu	
Adres e-mail	
<b>Dane serwisowe:</b>	
Data zgłoszenia	
Nazwa urządzenia	
Nr seryjny urządzenia	
Opis problemu	
Pozostałe uwagi	

Niniejsze zgłoszenie dokonane jest po zapoznaniu się ze stawkami usług serwisowych.

Data i podpis osoby upowaznionej: