

# ZGŁOSZENIE SERWISOWE

HS medical



it's safe here.

## ZGŁASZAJĄCY :

NAZWA.....

NIP .....

ADRES.....

OSOBA KONTAKTOWA.....

NR. TELEFONU .....

EMAIL.....

Pieczętka

**MODEL DEFIBRYLATORA:**  300 P  350 P  360 P  500 P  PDU 400  inny .....

NUMER SERYJNY: .....

AKCESORIA DOŁĄCZONE DO PRZESYŁKI:

## OPIS ZGŁASZANEGO PROBLEMU LUB INFORMACJA O OCZEKIWANYM DZIAŁANIU

Adres dostawy sprzętu	
Telefon dla kuriera	
Dane do faktury VAT	
Uwagi ( np. numer do umieszczenia na fakturze)	

Uwaga – przed podjęciem jakichkolwiek działań serwis skontaktuje się z Państwem w celu omówienia szczegółów. Kontakt ze strony serwisu następuje w dniu, w którym otrzymujemy przesyłkę.

Pytania i informacje: [serwis@hsmedical.pl](mailto:serwis@hsmedical.pl) ( 32 325 69 38 ) lub [beata.swiatek@hsmedical.pl](mailto:beata.swiatek@hsmedical.pl) ( 514 766 736 )