**Заявка**

Ремонт/техническое обслуживание медицинского оборудования

(нужное подчеркнуть)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **Кому: ИП Бакунина Елена Александровна** | | **Фактический адрес (офис): 454100, г. Челябинск, Комсомольский проспект, 45, оф. 2** | | **Телефон/факс** : (351) 2252849 | | **Эл. Почта: info@animed74.ru** |   Служебные отметки инженера ИП Бакунина Е.А. | |  | | --- | | **От кого:(Контрагент)**  **\***Наименование организации, контактные данные:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\***Фактический адрес**: (установки прибора) | | **\*Телефон (ЛПУ)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Факс (ЛПУ):**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\*Контактное лицо:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Моб. телефон** | | **Эл. Почта**: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Вид информации** | **Информация Заказчика** |
| Наименование поставщика  договор № , от |  |
| Наименование оборудования (марка, модель, серийный номер, год выпуска) |  |
| Гарантийный срок (с\_\_ до\_\_\_) |  |
| Ф.И.О. ответственного лица, должность, координаты для связи, в т.ч. моб.телефон |  |
| Информация о неисправности, выявленном дефекте, поломке |  |
| Предпочтительное время приезда инженера |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Должность подпись ФИО

М.П.