**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.