


Nazwa i adres Użytkownika:		Kod dz.:	Nr zgłoszenia:	 <b>MMM</b> Muenchener Medizin Mechanik Polska Sp. z o.o. MMM-Group				
		Nr Karty Pracy:						
Nr Klienta:	Data:	Zgłaszający (imię, nazwisko, dane do kontaktu):						
	Godz.:							
Numer seryjny:	Typ i opis urządzenia (nazwa, model, producent):		Licznik cykli:					
			Start					
			Koniec					
Typ zlecenia: <input type="checkbox"/> gwarancja <input type="checkbox"/> naprawa <input type="checkbox"/> przegląd gwarancyjny <input type="checkbox"/> przegląd okresowy <input type="checkbox"/> inne		Miejsce instalacji (np. Centralna Sterylizatornia, prac.endo, dezynfektornia, Blok Operacyjny itp.):		Nr urządzenia:				
Kod uszkodzenia		Rodzaj zgłoszonego uszkodzenia:						
<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
Opis zgłoszenia/UWAGI :								
Umowa serwisowa : <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Naprawa pilna : <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie								
* Pola żółtego koloru wypełnia serwis MMM Polska								
Podpis i pieczęć osoby zgłaszającej								