|  |
| --- |
| **Nazwa Przychodni, adres i NIP Przychodni (lub wyraźna pieczątka)** |
| **Najbardziej optymalny termin przeglądu (prosimy podać miesiąc)** |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ / rok produkcji | Czy posiada paszport (tak/nie) | Usługa (konserwacja, przegląd, kalibracja) |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |
| ….(\*) |  |  |  |  |

*(\*) proszę powielić wg potrzeb*

**Osoba do kontaktu:**

**…………………………………………………………………….**

**Imię i nazwisko**

**…………………………………………………………………….**

**Telefon**