

## Zgłoszenie serwisowe

Miejscowość..... dn. ....

Osoba zgłaszająca

Placówka zgłaszająca

Nazwa wyrobu

Nr katalogowy

Nr partii (LOT)

Numer seryjny

Gwarancja: Tak Nie

Zgłoszenie klienta (precyzyjny opis wady lub uszkodzenia):

1. Wyrób zgłaszany zostanie przesyłany do dostawcy w celu badania: Tak Nie
2. Przesłany wyrób będzie Wysterylizowany Zdezynfekowany

Informujemy, że bez potwierdzenia w pkt 2. dajemy sobie prawo do nieotwierania przesyłki.

Diagnoza (wypełnia dostawca):

D  
z  
i  
a  
ł  
a

nia serwisowe (wypełnia dostawca):

Uwagi (wypełnia dostawca):

Data, pieczęć i podpis: .....

**BERYL MED POLAND sp. z o.o**  
ul. Rtm. Witolda Piłcockiego 59/151  
**ADRES DO KORESPONDENCJI:**  
ul. Sadowa 14, 05-410 Józefów

Tel. +48 (22) 789 48 28  
Fax +48 (22) 789 36 61  
[www.beryl-med.com](http://www.beryl-med.com)

NIP 532 17 86 998  
REGON 017397116  
Kapitał zakładowy 50 000 PLN

KRS  
Sąd rejonowy dla m. st. Warszawy  
XIV Wydział Gospodarczy Krajowego  
Rejestru Sądowego 000052145