

Załącznik nr 2
Zgłoszenie usługi Przeglądu/Naprawy/Awarii

Miejsce zgłoszenia wady:

| | | |
|---------------|--|--|
| Adres serwisu | | |
|---------------|--|--|

Zgłasza:

| | | |
|--|---------|-----|
| Dolnośląski Oddział Regionalny ARiMR NAZWA FIRMY | | |
| ul. Giełdowa 8, 52-438 Wrocław ADRES | | |
| NAZWISKO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ | TELEFON | FAX |
| DATA ZGŁOSZENIA / Godzina | | |

Dane dotyczące awarii przeglądu:

| | | |
|--|------------|-----------|
| Umiejscowienie Nazwa Firmy (tak jak zgłaszającego, wpisać "jak wyżej") | | |
| Adres (tak jak u zgłaszającego, wpisać "jak wyżej") | | |
| NAZWISKO UŻYTKOWNIKA | | |
| Nazwa uszkodzonego urządzenia | Typ model: | Producent |
| Numer seryjny urządzenia: | | |
| OPIS AWARII | | |

PODPIS OSOBY UPRAWNIONEJ DO ZGŁASZANIA PRZEGLĄDU/AWARII*:

** NIE POTRZEBNE SKREŚLIĆ