

ZGŁOSZENIE SERWISOWE FORMULARZ

Wypełnij formularz i dołącz go do odsyłanego sprzętu

DANE GABINETU

Imię i nazwisko :

Pełny adres gabinetu :

Adres do wysyłki sprzętu (jeżeli inny niż powyżej) :

E-Mail : Telefon :

NIP :

NIP/Dane do faktury (jeżeli inny niż wyżej) :

Rodzaj zgłoszenia : gwarancyjne pogwarancyjne

DANE PRZEDMIOTU ZGŁOSZENIA

Nazwa przedmiotu :

Typ/Model :

Nr seryjny :

Opis usterki :

Nienaprawiony sprzęt : odesłać zutylizować

Podpis osoby
zgłaszającej usterkę

Dane kontaktowe
MEDITRANS sp. z o.o. sp. k.
Kielce, ul Podlasie 16c
tel.: 500 524 719
www.meditrans.pl

Formularz zgłoszenia serwisowego dostępny jest również online na www.meditrans.pl/serwis/formularz.

Koszt wysyłki sprzętu do serwisu MEDITRANS ponosi w całości osoba wysyłająca/zgłaszająca.

Wysyłając sprzęt do serwisu MEDITRANS oświadczam, że akceptuję regulamin naprawy dostępny na www.meditrans.pl/serwis.

Przyjmuję do wiadomości, że za szkody transportowe związane z nienależytym zabezpieczeniem przesyłki firma MEDITRANS sp. z o.o. sp.k. nie ponosi odpowiedzialności.