

DERMLITE POLSKA

91-357 ŁÓDŹ
Liściasta 17

TEL: 42 616 53 61
E-mail: kontakt@dermlite.com.pl

FORMULARZ SERWISOWY

Data	
Osoba kontaktowa	
Numer telefonu	
Adres e-mail	

Adres do przesyłki zwrotnej:

Nazwa odbiorcy	
Nazwa i numer ulicy	
Kod pocztowy	
Miasto	

Nazwa urządzenia	Numer seryjny lub numer faktury za sprzęt

Przegląd/naprawa (niepotrzebne skreślić)

Opis uszkodzenia/nieprawidłowości:

.....
.....
.....
.....

Dołączone do przesyłki akcesoria i wyposażenie:

.....
.....

Dołączone dokumenty

.....

Akceptowany koszt brutto naprawy:

☐ 200 zł

☐ 500 zł

☐ 1000 zł

☐ Inny

☐ Proszę o ofertę przed przystąpieniem do naprawy

.....

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....

Podpis