

ZLECENIE DIAGNOSTYKI / NAPRAWY

FIRMA

Nazwa:

Adres:

NIP:

OSOBA UPOWAŻNIONA DO KONTAKTU

Imię i nazwisko:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

URZĄDZENIE

Producent:

Typ:

WYCENA

STANDARD

Koszt: 300 PLN netto
Termin: 3 – 7 dni roboczych.

EKSPRES

Koszt: 450 PLN netto
Termin: 1 – 2 dni robocze.

ZGODY

- Akceptuję [Zasady Ochrony Danych Osobowych](#) Elektromechanika-Elektronika.
- Akceptuję [Ogólne Zasady Świadczenia Usług](#) Elektromechanika-Elektronika.

Miejscowość, data

Czytelny podpis osoby upoważnionej