

Dátum: *		čas poruchy:	
Servisná zmluva č.:			
Nemocnica: *		Oddelenie:	
Adresa (ulica, mesto): *		PSČ, Mesto: *	
Kontaktná osoba: *		Telefón:	
Email:			
Typ prístroja: *		Sériové číslo:	
Výrobca prístroja: *			
Popis problému: *			
Zobrazené interloky:			
Prístroj v záruke:	☐		
Funkčnosť prístroja:	☒ FUNKČNÝ ☒ ČIASTOČNE ☒ NEFUNKČNÝ		
Problém konzultovaný s technikom	(uveďte prosím jeho meno):		

ODOSLAŤ

ZMAZAŤ

Údaje označené * sú povinné