

ZLECENIODAWCA:

.....  
(miejsowość, data)

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

(numer NIP Zleceniodawcy)

## DZIAŁ SERWISU

**Miro Sp. z o.o**

**ul. Wolińska 21A 64-100 Leszno**

Tel: 065 525 93 15,

fax.: 065 525 93 02

Wioletta Kanicka - 601 829 917

## ZAPYTANIE SERWISOWE

Proszę o przesłanie oferty cenowej związanej z naprawą: gwarancyjną / pogwarancyjną\* n/w aparatury medycznej:

.....  
(nazwa sprzętu)

.....  
(okres gwarancji/ data zakupu sprzętu)

.....  
(model)

.....  
(numer seryjny)

### Opis usterki:

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

.....  
(nazwisko i numer kontaktowy)

.....  
(pieczęć i podpis Zleceniodawcy)

\* niepotrzebne skreślić

#### MIRO Sp. z o.o.

##### SIEDZIBA

**Warszawa** (03-707)

ul. Floriańska 6 lok. 9

Tel. + 48 22 518 43 00

Fax + 48 22 518 43 02

##### BIURA HANDLOWE

**Leszno** (64-100)

ul. Wolińska 21A

Tel. + 48 65 525 93 00

Fax + 48 65 525 93 02

**Puławy** (24-100)

ul. Partyzantów 40

Tel./Fax + 48 81 888 02 72

NIP 697-193-45-76

REGON 411039248

Wysokość kapitału

zakładowego: 300 000,00 zł

Sąd Rejonowy dla

M. St. Warszawy w Warszawie

XIII Wydział Gospodarczy

KRS 0000140292

www.miro-med.pl