

**ZLECENIE: PRZEGLĄDU GWARANCYJNEGO / POGWARANCYJNEGO\***
**ZLECENIODAWCA:**

(nazwa firmy/ adres/ NIP /Os. Kontaktowa/ tel.)

**OBIEKT/UŻYTKOWNIK:**

(nazwa/ adres/ Os. Kontaktowa/ tel.)

**LOKALIZACJA URZĄDZEŃ NA OBIEKCIE:**
**WYKONAWCA MONTAŻU:**
**Wymagany termin:**

TYP URZĄDZENIA	NR FABRYCZNY	DATA SPRZEDAŻY	DATA URUCHOMIENIA	DATA OSTATNIEGO PRZEGLĄDU

**DOKŁADNY OPIS ZAKRESU ZLECANYCH PRAC:**
**UWAGI:**

..... DATA	..... PIECZĄTKA I CZYTELNY PODPIS ZLECENIODAWCY
---------------	--

\* niepotrzebne skreślić

**ANFAN ul. Trakt Brzeski 175, 05-077 Zakręt**

tel. 22 773 37 87, kom. 602 483 602, e-mail: info@anfan.pl