

# Formularz zgłoszenia serwisowego

Data zgłoszenia D/M/R:.....

Imię i Nazwisko zgłaszającego.....

Nazwa firmy.....

Adres:.....

Numer NIP: .....

Telefon: .....

e-mail: .....

Adres wysyłki po naprawie:

.....

Nazwa produktu: .....

S/N (numer seryjny): .....

Data zakupu: .....

Nr faktury: .....

Zgłaszam usterkę urządzenia polegającą na (dokładny opis usterki/uszkodzenia):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**BIURO** BardoMed Sp. z o.o.  
ul. Pod Fortem 2F/lok.6  
31-302 Kraków

**KONTAKT**  biuro@bardomed.pl  
 tel: (12) 4441297  
 kom: 721 121 314  
 fax: (12) 4441296

**SIEDZIBA** BardoMed Sp. z o.o.  
ul. Konecznego 6/66  
31-216 Kraków  
NIP: 945-217-69-37

**Numer konta bankowego:**  
Alior Bank  
89249000050000452019657407

