

ZLECENIE WYKONANIA TESTÓW SPECJALISTYCZNYCH

DANE ZLECENIODAWCY	
NAZWA PLACÓWKI	
ULICA, NUMER	
KOD POCZTOWY, MIASTO	
OSOBA KONTAKTOWA	
IMIĘ I NAZWISKO:	
TELEFON :	
MAIL:	

DANE APARATÓW RTG		
Nr	RODZAJ APARATU	AKWIZYCJA ANALOGOWA/CYFROWA
1		
2		
3		
4		
5		
6		

DANE UZUPEŁNIAJĄCE	
ILOŚĆ KASET	
ILOŚĆ WYWOŁYWAREK / SKANERÓW	
ILOŚĆ NEGATOSKOPÓW / MONITORÓW OPISOWYCH	

INNE UWAGI KIENTA

.....
Podpis, pieczęćka