

Dane Zleceniodawcy			
Nazwa:			
Adres:	Ulica:		
	Kod:	Miasto:	
Kontakt:	Telefon:		
	Fax/email:		
NIP:			
Osoba kontaktowa:			
1) Właściciel aparatu(ów)			
Nazwa:			
Adres:	Ulica:		
	Kod:	Miasto:	
UWAGI:			
Data, podpis Zleceniodawcy:			
Miejscowość:		 Podpis Zleceniodawcy
Data:			

1) Proszę wypełnić gdy Zleceniodawca nie jest właścicielem aparatu(ów).

W wypadku gdy aparatów jest więcej niż jeden proszę powielić stronę drugą w odpowiedniej ilości do ilości posiadanych aparatów. Zlecenie proszę przesać faksem lub zeskanowane e-mailem na dane teleadresowe STM-Bytom.

Po otrzymaniu zlecenia wysyłamy Państwu protokół uzgodnień dotyczący realizacji testów.

Po otrzymaniu zgłoszenia wysyłamy Państwu ofertę na wykonanie testów.

Aparat numer.....	
Nazwa:	
Typ:	
Model:	
Rok produkcji:	
Producent:	
Lokalizacja:	
Numer fabryczny:	
Rodzaj testu*:	Specjalistyczny (RMZ z 18 luty 2011)
	Podstawowy (RMZ z 18 luty 2011)
	Akceptacyjny (PN-EN 61223)
Data wykonania (proponowana):	
Informacje o aparacie i wyposażeniu:	
System AEC (TAK/NIE)	
Aparat DR (TAK/NIE)	
System CR (TAK/NIE)	
Ilość wywoływarek automatycznych (analogowych)	
Ilość kaset (analogowych):	
Ilość negatoskopów: (1 pole - do opisu zdjęć o wymiarach 35x43 cm, lub 24x30 cm dla mammografii)	Jednopolowych:
	Dwupolowych:
	Czteropolowych
	Wielopolowych (ilość pól/sztuk):
UWAGI:	

* zaznaczyć obok krzyżykiem.