

	Zakład Aparatury Medycznej „GRYFMED” s. c.	
	ul. Niechorska 27 72-300 Gryfice tel./fax: 91 384 21 36	LABORATORIUM BADAWCZE ul. Monte Cassino 18a 70-467 Szczecin tel./fax: 914440893 e-mail: laboratorium@gryfmed.pl

**ZAPYTANIE OFERTOWE NR /RTG/..... r.
NA WYKONANIE TESTÓW APARATU RTG:**

AKCEPTACYJNYCH SPECJALISTYCZNYCH

1. Zleceniodawca

Nazwa zleceniodawcy					
<i>Ulica:</i>		<i>Numer domu:</i>		<i>Numer lokalu:</i>	
<i>Kod:</i>		<i>Miejscowość:</i>			
<i>Numer telefonu:</i>		<i>NIP:</i>			

2. Miejsce zainstalowania/stosowania urządzeń radiologicznych
(wypełnić w przypadku kiedy adres jest inny niż w punkcie 1.)

Nazwa zleceniodawcy					
<i>Ulica:</i>		<i>Numer domu:</i>		<i>Numer lokalu:</i>	
<i>Kod:</i>		<i>Miejscowość:</i>			
<i>Numer telefonu:</i>		<i>NIP:</i>			

3. Aparat RTG:

Nazwa aparatu:	
Rodzaj aparatu*:	
aparat rentgenowski stacjonarny	
aparat rentgenowski jezdny	
aparat rentgenowski ramie C	
fluoroskopia	
więcej niż jedna lampa	
obrazowanie cyfrowe	
Pozostałe urządzenia radiologiczne:	
stanowiska pracy	szt.
system AEC	szt.
wywoływarka automatyczna	szt.
kasety	szt.
negatoskop	szt.

4. Uwagi :

Zleceniobiorca zastrzega sobie prawo do przeprowadzania wizji miejsca zainstalowania urządzenia przed wystawieniem oferty.

.....
(data i podpis osoby wystawiającej zapytanie ofertowe)