

	<b>Zakład Aparatury Medycznej „GRYFMED” s. c.</b>	
	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: <a href="mailto:laboratorium@gryfmed.pl">laboratorium@gryfmed.pl</a>

**ZAPYTANIE OFERTOWE „S” NR ..... /RTG/ ..... r.  
NA WYKONANIE TESTÓW APARATU RTG STOMATOLOGICZNEGO:**

AKCEPTACYJNYCH  SPECJALISTYCZNYCH

**1. Zleceniodawca**

<b>Nazwa zleceniodawcy:</b>					
<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.)

<b>Nazwa zleceniodawcy:</b>					
<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:**

<b>Nazwa aparatu:</b>	
<b>Rodzaj aparatu*:</b>	
aparat rentgenowski wewnątrzustny	
- więcej niż jedno napięcie**	
- więcej niż jedno natężenie prądu lampy**	
aparat rentgenowski panoramiczny	
cefalometria	
więcej niż jedna lampa	
obrazowanie cyfrowe	
<b>Pozostałe urządzenia radiologiczne:</b>	
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)

Pozycje 1 - 4 wypełnia zleceniodawca. Nr zapytania ofertowego wypełnia zleceniobiorca.

\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

\*\* dotyczy tylko aparatu RTG wewnątrzustnego