

SERVİS FORMU

№ 000447

MÜŞTERİ BİLGİLERİ

KURUM ADI Egeool Hastanesi

VERGİ DAİRESİ VERGİ NO.

ADRESİ

İLGİLİ ADI Adem YURDAKUL

TEL 0541 221 2396

FAX

E-MAIL

FORM AÇILIŞ TARİHİ 18/01/2020

FORMU DÜZENLEYEN Hasan Can

SERİ NO G.K. B.A. Ü. S.D.

CIHAZ MARKA VE MODELİ

1) US-4000

2)

3)

4)

5)

6)

40288

ÜCRETLENDİRME

BİLDİRİLEN SORUN

TEŞHİS

* Başta ayarlar doğru değil.

* Cihaz elektriksel parazitlerden etkileniyor.

YAPILAN İŞLEMLER

FIYAT (€)

* Cihaz anıza teslim edilmiş, servis alındı, sorunlar serviste sorulara çalıştırıldı ve tespit edildi.

DEĞİŞEN PARÇALAR

PARÇA NO. FİYAT (€)

DEĞİŞEN PARÇALAR

PARÇA NO. FİYAT (€)

1)

2)

3)

4)

5)

6)

7)

8)

SERVİSİ VEREN
(Adı, Soyadı, İmzası)

TESLİM EDEN
(Adı, Soyadı, İmzası)

TESLİM ALAN
(Adı, Soyadı, İmzası)

Anza Saptama Ücreti

Bakım Ücreti

Toplam Parça Ücreti

Taşıma Ücreti

ARA TOPLAM
(KDV Hariç)

TCMB Döv. Sat. Kur.

GENEL TOPLAM
(KDV Hariç)

Fatura No ve Tarih

TESLİM BİLGİLERİ

Hasan Can
Hasan Can

Adem YURDAKUL

FIYATLANDIRMA

TESLİM TARİHİ

Yukarıda imzası bulunan müşteri, cihazları eksiksiz, sağlam ve çalışır durumda teslim almıştır. Teslim tarihinden sonraki itirazlar kabul edilmez.

NOTLAR

- Servis hizmet süresi azami 30 (otuz) işgünüdür, servis hizmet süresine müteakiben 90 (doksan) takvim günü içerisinde alınmayan üründen firmamız meshul değildir.
- Bu servis formu ile alınan cihaz kullanıcıya teslim edilinceye kadar nakliye ve muhafaza sırasında oluşabilecek hasarlara karşı firmamız garantisi altındadır.