Отчет о монтаже

Присылается на ООО «МАКЕ» по факсу (095) 543-95-41, 514-00-56

Оборудование установлено
(кем)_____
ФИО инженера, название компании

Оборудование установлено по контракту_____
№ контракта, дата

Оборудование установлено
(где)_____
Название лечебного учреждения

_____
Полный почтовый адрес

_____
ФИО главного врача, телефон/факс

_____
ФИО заведующего отделением, телефон

Перечень установленного оборудования:
Включая крупные блоки

Название	Каталожный номер	Серийный номер

Замечания по монтажу

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Дата монтажа _____

Дата окончания гарантии _____

Подпись исполнителя_____
(С расшифровкой)

Подпись руководителя_____
(С расшифровкой)