

ZAPYTANIE OFERTOWE O WYKONANIE TESTÓW

| DANE ZLECENIODAWCY | |
|----------------------|--|
| NAZWA PLACÓWKI | |
| ULICA, NUMER | |
| KOD POCZTOWY, MIASTO | |
| OSOBA KONTAKTOWA | |
| IMIĘ I NAZWISKO: | |
| TELEFON : | |
| MAIL: | |

| DANE APARATÓW RTG | | |
|-------------------|----------------|-----------------------------|
| Nr | RODZAJ APARATU | AKWIZYCJA ANALOGOWA/CYFROWA |
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |

| DANE UZUPEŁNIAJĄCE | |
|--|--|
| ILOŚĆ KASET | |
| ILOŚĆ WYWOŁYWAREK / SKANERÓW | |
| ILOŚĆ NEGATOSKOPÓW / MONITORÓW OPISOWYCH | |

| INNE UWAGI KIENTA |
|-------------------|
| |