

Formularz zgłoszenia niezgodności nr  z dnia  (wypełnia BOK)

**Część I - dane identyfikacyjne Zgłaszającego oraz urządzenia - wypełnia Zgłaszający**

Firma pod nazwą:

z siedzibą przy ulicy:  w: (- )

o numerze NIP: , REGON:

Osoby upoważnione do kontaktów w związku ze zgłoszeniem serwisowym:

a) ze strony Spółki FM proszę kontaktować się na nr Tel: 12 423 49 20, e-mail: [biuro@fmdental.pl](mailto:biuro@fmdental.pl),

b) ze strony Zgłaszającego (imię i nazwisko) :

Tel: , e-mail:

**Urządzenie:**

1. Nazwa towaru:

2. Model:

3. Oznaczenia dodatkowe:

4. SN/LOT:  Data ważności:

5. Data nabycia urządzenia przez Zgłaszającego:

6. Czy Zgłaszający dostarczył dokument gwarancyjny wystawiony dla urządzenia?

tak  nie

7. Czy Zgłaszający załączył do urządzenia dokument zawarcia umowy sprzedaży ( FV, PG, umowę)?

tak  nie

**Okoliczności stwierdzenia niezgodności towaru z umową :**

8. Data wystąpienia usterki

9. Opis przyczyny zgłoszenia:

10. Sprzedawca ustosunkuje się do przesłanego zgłoszenia niezgodności w ciągu 14 dni od otrzymania sprzętu wraz z dołączonym zgłoszeniem niezgodności.

Data i czytelny podpis zgłaszającego

Data i czytelny podpis przyjmującego