ЗАЯВКА НА СЕРВІСНІ ПОСЛУГИ

|  |  |
| --- | --- |
| Назва медустанови |   |
|
|
| Адреса медустанови |   |
|
|
| Контактний телефон |   |
| ПІБ співробітника, контактний телефон |   |
| Назва обладнання |   |
| Опис несправності |   |

**Дану заявку необхідно надіслати на адресу:**
**Service.Ultrasound@protech-solutions.com.ua**

З Вами зв'яжеться інженер для обговорення.