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**](mailto:Service.Ultrasound@protech-solutions.com.ua)

З Вами зв'яжеться інженер для обговорення.