Data zgłoszenia: .....

ZGŁOSZENIE NAPRAWY

Rodzaj naprawy:		
Gwarancyjna ☐	Przedsprzedażna ☐	Odpłatna ☐
Data sprzedaży kasy użytkownikowi: .....- .....- ..... *(nie dotyczy napraw przedsprzedażnych)*		

Dane identyfikacyjne urządzenia:		
Model:	Typ:	
Numer fabryczny	Numer unikatowy *	Numer ewidencyjny *

*dotyczy kas fiskalnych

Zlecenie:	
Naprawy ☐	Wymiany ☐
Opis uszkodzenia lub występujących objawów:	Nazwa podzespołu:
	Numer katalogowy:
	Opis uszkodzenia:

Do urządzenia dołączono dodatkowe wyposażenie:		
komplet kluczyków ☐	książka serwisowa ☐	protokół odczytu pamięci ☐
kaseta barwiąca ☐	wkład szuflady ☐	Inne ..... ☐

Dane serwisanta zgłaszającego naprawę:	
Imię i nazwisko:	*PIECZĘĆ PUNKTU SERWISOWEGO*
Numer plombownicy:	

Odebrał po naprawie: .....
Imię i nazwisko

Data: .....

GMTR Sp. z o.o.
DZIAŁ TECHNICZNY:
ul. Piłsudskiego 143A
05-270 Marki

tel. +48 (22) 771 28 00
fax. +48 (22) 771 21 33
e-mail: info@gmtr.pl
www.gmtr.pl