

## Formularz zgłoszenia naprawy

|   |            |
|---|------------|
| Imię i nazwisko lub nazwa firmy:              |            |
| Adres:  |            |
| Adres do wysyłki:                             |            |
| NIP:  |            |
| Mail:   |            |
| Telefon kontaktowy:                           |            |
| Model urządzenia:                             |            |
| Opis usterki:                                 |            |
| Naprawa w ramach gwarancji:                   | TAK    NIE |
| Data zakupu w przypadku naprawy gwarancyjnej: |            |

W przypadku naprawy gwarancyjnej, do stetoskopu, razem z wypełnionym formularzem, proszę dołączyć kserokopię dowodu zakupu.

Wypełnienie wszystkich danych wpłynie na poprawną komunikację i szybkość naprawy. W przypadku naprawy pogwarancyjnej, po akceptacji kosztów, wpisane dane będą podstawą do wystawienia faktury.

**NIE WYKONUJEMY NAPRAW "OD RĘKI"**

ADRES DO WYSYŁKI:

**Lafayette Validation Sp. z o.o.  
Ul. Konstruktorska 8  
02-673 Warszawa**