

**GWARANCYJNY**  
(PŁATNA) **POGWARANCYJNY**  
(PŁATNA)

Dane właściciela urządzenia: Imię, nazwisko (firma):	<b>DEVIPOL</b> mgr inż. Zbigniew Matysiewicz ul. Prowiantowa 19 15-707 Białystok tel.: 85 7424313 faks: 85 7454584 email: info@devipol.pl
Ulica:	
Kod pocztowy, miejscowość:	
Telefon, faks:	
Email:	
Nr NIP(jeśli ma być wystawiona faktura VAT):	

Nazwa urządzenia: _____
Typ, model: _____ Numer seryjny: _____
Miejsce i data zakupu: _____
Ewentualne dołączone akcesoria: _____
Stan urządzenia: _____

Opis przeglądu (wypełnia serwis): _____
_____

**UWAGI:**

1. Jeżeli zgłoszone do przeglądu urządzenie objęte jest gwarancją, należy dołączyć oryginał karty gwarancyjnej oraz kopię dowodu zakupu urządzenia. Prosimy nie dołączać do urządzenia akcesoriów.
2. Prosimy dobrze zapakować wysyłane urządzenie, by zabezpieczyć je przed uszkodzeniem mechanicznym, wstrząsami i zabrudzeniem. Przesyłkę należy adresować wyraźnie, nie zapominając o adresie zwrotnym.
3. Urządzenie w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym należy wysłać firmą kurierską na własny koszt. DEVIPOL nie bierze odpowiedzialności za uszkodzenia urządzenia w trakcie transportu w opakowaniu nieoryginalnym oraz odsyła w opakowaniu dostarczonym do serwisu. W przypadku, gdy opakowanie nie nadaje się do powtórnej wysyłki serwis może wydać zastępcze za kwotę 50zł.

Adres do wysyłki:

DEVIPOL , ul. Prowiantowa 19, 15-707 Białystok,  
tel.: 85 7424313, faks: 85 7454584, NIP: 542-102-66-37,  
godziny otwarcia: pon.-pt.: 8.00-16.00,  
email: info@devipol.pl

4. Prosimy o całkowite wypełnienie formularza, umieszczenie daty i potwierdzenie informacji podpisem (**bez podpisu zgłoszenie nie zostanie przyjęte**). Formularz należy dołączyć do wysyłanego urządzenia. Do każdej sztuki urządzenia wypełnia się oddzielny formularz.
5. Potwierdzam informacje zawarte w zgłoszeniu przeglądu oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niniejszej usługi. Zgadzam się na wykonanie naprawy usterek stwierdzonych w trakcie przeglądu, a nie zgłoszonych przeze mnie oraz na to, że sprzęt nie odebrany w terminie 6 miesięcy od daty powiadomienia o zakończeniu usługi, przechodzi na własność DEVIPOL z tytułu zwrotu kosztów składowania, sprawdzenia i ew. naprawy.
6. Wyrażam zgodę na pokrycie kosztu przeglądu urządzenia w kwocie brutto 250zł.

**Oświadczam, że zapoznałem się z procedurą zgłoszenia przeglądu.**  
Wypełnienie formularza przeglądu jest jednoznaczne z akceptacją procedury zgłoszenia przeglądu.

Informujemy, że przesyłki nieodpowiednio spakowane nie będą przyjmowane przez serwis. DEVIPOL nie ponosi odpowiedzialności za uszkodzenia urządzenia powstałe w trakcie transportu, wynikające z niewłaściwego zabezpieczenia. Serwis odsyła sprzęt w opakowaniu dostarczonym do serwisu wraz ze sprzętem.

\_\_\_\_\_  
Data zgłoszenia\_\_\_\_\_  
Pieczętka i czytelny podpis