****

SPECTRUM Iwona Dirbach

54-104 Wrocław

ul. Kozia 13A/1A

tel. 71 307 99 11, 796 966 911

fax 71 750 60 68

ZGŁOSZENIE WZORCOWANIA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DANE ZGŁASZAJĄCEGO | Nr Zamówienia: | z dnia: |
| Nazwa |  | |
| Adres  *(kod, miasto, ulica, nr)* |  | |
| NIP |  | |
| Użytkownik  *(jeżeli inny niż Wnioskodawca)* |  | |
| Osoba kontaktowa  Imię nazwisko  Telefon  e-mail |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| OPIS PRZYRZĄDU | | | | | | |
| L.p. | Nazwa przyrządu | Zakres pomiarowy | **Producent** | **Ilość**  **szt** | **Nr fabr./**  **Nr identyf.** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

…...……….…….…………………………………..

*data, imię i nazwisko; podpis Zgłaszającego*