



F 7 C Zlecenie naprawy

Obowiązuje od dnia 02.03.2026

Wersja 3

Strona **1**

Opracował: S.S.

Zatwierdził: C.F.

Pieczęć zleceniodawcy (adres, dane do faktury)															
Rodzaj zlecenia	<input type="checkbox"/> Przegląd techniczny <input type="checkbox"/> Naprawa <input type="checkbox"/> Reklamacja														
Osoba kontaktowa															
Telefon, e-mail do osoby kontaktowej															
Model urządzenia															
Numer seryjny															
Elementy wysłane	<table><tr><td><input type="checkbox"/> Panel sterujący</td><td rowspan="6">R</td><td><input type="checkbox"/> Głowica</td><td rowspan="6">K</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Głowica</td><td><input type="checkbox"/> Linia zasilająca</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Linia przesyłowa</td><td><input type="checkbox"/> Krioaplikatory</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Rama</td><td><input type="checkbox"/> Podstawa</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Zbiornik</td><td><input type="checkbox"/> Zbiornik</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Panel sterujący	R	<input type="checkbox"/> Głowica	K	<input type="checkbox"/> Głowica	<input type="checkbox"/> Linia zasilająca	<input type="checkbox"/> Linia przesyłowa	<input type="checkbox"/> Krioaplikatory	<input type="checkbox"/> Rama	<input type="checkbox"/> Podstawa	<input type="checkbox"/> Zbiornik	<input type="checkbox"/> Zbiornik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Panel sterujący	R	<input type="checkbox"/> Głowica		K											
<input type="checkbox"/> Głowica		<input type="checkbox"/> Linia zasilająca													
<input type="checkbox"/> Linia przesyłowa		<input type="checkbox"/> Krioaplikatory													
<input type="checkbox"/> Rama		<input type="checkbox"/> Podstawa													
<input type="checkbox"/> Zbiornik		<input type="checkbox"/> Zbiornik													
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
Opis usterki															

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis)



F 8 A Ankieta

Obowiązuje od dnia 26.02.2026

Wersja 2

Strona **1**

Opracował: C.F.

Zatwierdził: M.G.

1. Jakie urządzenie Państwo użytkują?

- do krioterapii
- do kriochirurgii

2. Jak długo użytkują Państwo urządzenie?

- do 2 lat
- do 5 lat
- powyżej 8 lat

3. Czy w Państwa pracy występowały działania niepożądane lub drobne incydenty medyczne?

- nie
- tak – prosimy opisać

4. Jak często używacie Państwo urządzenie?

- codziennie
- więcej niż raz w tygodniu
- mniej niż raz w tygodniu

5. W porównaniu do innych produktów tego typu, komfort pracy na naszym aparacie jest:

- lepszy
- porównywalny
- gorszy

6. Jaki jest najsłabszy element aparatu w Państwa ocenie?

- wąż (linia przesyłowa)
- panel sterujący
- głowica
- aplikator (w urządzeniach do kriochirurgii)
- zbiornik LN2

7. Ewentualne uwagi, propozycje zmian w kolejnych modelach