|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Protokół zgłoszenia awarii** | | **data zgłoszenia** | |  |
| **I Numer zgłoszenia** | | | | |
| numer zgłoszenia |  | numer BMC Remedy | |  |
| **II Urządzenie** | | | | |
| nazwa urządzenia: | | numer fabryczny lub inwentarzowy Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego | | |
|  | |  | | |
| lokalizacja | | | | |
|  | | | | |
| **III Opis awarii** | | | | |
| rodzaj uszkodzenia, objawy | | | | |
|  | | | | |
| **IV Przekazanie do naprawy** | | | | |
| data | przekazujący | | odbierający | |
|  |  | |  | |
| **IV Naprawa** | | | | |
| opis uszkodzenia | | | | |
|  | | | | |
| przyczyna wystąpienia uszkodzenia | | | | |
|  | | | | |
| wymienione części | | | | |
|  | | | | |
| **VI Odbiór po naprawie** | | | | |
| data | przekazujący | | odbierający | |
|  |  | |  | |