

PERİYODİK KONTROL BAŞVURU FORMU /PERIODIC CONTROL APPLICATION FORM*

FİRMA BİLGİLERİ / COMPANY INFORMATION

Firma Adı / Company Name	
Firma Adresi / Company Address	
Telefon-Faks / Telephone - Fax	
İrtibat Kurulacak Kişinin Adı Soyadı / Contact Person's Name Surname	
E-Posta Adresi / E-Mail Address	

FATURA BİLGİLERİ / INVOICE INFORMATION

Firma Ünvanı / Company Title	
Fatura Adresi / Invoice Address	
Vergi Dairesi / Tax Office:	Vergi Numarası / Tax Number:

**PERİYODİK KONTROLÜ YAPILACAK CİHAZLARIN LİSTESİ /
LIST OF PERIODIC CONTROL DEVICES**

Number	Cihaz-Ekipman Adı / Device-Equipment Name	Cihaz-Ekipman Adedi / Quantity of Device- Equipment	Çalışma Basıncı / Operating Pressure	Kapasite / Capacity	Birim Fiyat / Unit Price**	Toplam / Total
1						
2						
3						
4						
5						

Not : Birim fiyat bir muayene için geçerlidir.

ODEME / PAYMENT :Periyodik Muayene öncesi banka havalesi yapılacaktır. Fatura ödeme sonrası kesilecektir.

Banka Bilgileri:

IBAN No:

<u>Teklif Hazırlayan **</u> Adı-Soyadı-Tarih-Kaşe-İmza	<u>Müşteri Onayı***</u> Adı-Soyadı-Tarih-İmza-Kaşe Talep Edilen Muayene Tarihi :...../..... Teklifiniz belirtilen şartlarda kabul edilmiştir.
--	---

* Başvuru formunu 0216 651 08 93 no' lu faks ya da info@pgmgozetim.com adresine gönderebilirsiniz.

** Bu kısımlar PGM GÖZETİM tarafından doldurulacaktır.

*** Ayrıca sözleşme hazırlanması talep edilmediğinde onaylanmış teklif sözleşme olarak kabul edilecektir. İşbu teklif onaylandığında PGM GÖZETİM periyodik muayene sözleşmesi şartları kabul edilmiş olacaktır.