

医療機器査定申込書

下記項目にご記入いただき、送信ください。

査定希望機器が複数台ある場合は本誌をコピーしてご使用ください。

ご記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お客様情報

フリガナ	フリガナ
貴社・施設名	ご担当者名
電話番号	fax
携帯電話	E-mail
ご希望の連絡方法 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話(時間帯) <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail	

査定希望機器

機器名	メーカー名
型式	製造番号
購入時の状況 <input type="checkbox"/> 新品 <input type="checkbox"/> 中古 <input type="checkbox"/> リース	購入年月 _____ 年 _____ 月
査定予定時期	購入価格
構成・オプション・付属品など	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(機器名)
機器の作動状況	<input type="checkbox"/> 問題無 <input type="checkbox"/> 問題有(状態)
査定目的	<input type="checkbox"/> 買い替え <input type="checkbox"/> 使用頻度減少 <input type="checkbox"/> 閉院・縮小 <input type="checkbox"/> その他(_____)

搬出ルート

駐車場	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	設置フロア	F
機器設置場所			
エレベーター	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	段差	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

アンケートにご協力ください。弊社をどのようなにしてお知りになりましたか？

弊社WEBサイト 検索サイト DM 業者ご紹介 その他(_____)

その他、ご要望。・特記事項。ご質問などがありましたらご記入ください。