Wojskowy  Instytut Medyczny

ul. Szaserów 128,                                                                                                Orginał / kopia

04-141 Warszawa

Tel. 261- 816-096

WZÓR

|  |
| --- |
| **Karta przyjęcia opon/~~kół~~ Nr..... / ... / ... / 2022** |

**Zleceniodawca:**                                                        Data przyjęcia  ----------------

   (adres)                                                                    Data deklarowana odbioru    -------------

---------------------------

---------------------------

Mail:

Tel:

**Dane pojazdu:**Cena za deklarowany okres przechowywania 100,00

Nr rejestracyjny   -------------------

Rok produkcji:    -------------------

Stan licznika:      -------------------

Marka: ------------------

Model: ------------------

Wersja: -----------------

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Koło** | **Rozmiar - index**  | **Producent** | **Nazwa opony** | **Kod daty** | **Głębokość bieżnika** | **Felga** |
| 1 | Lewe przednie |   |   |   |   |   |   |
| 2 | Lewe tylne |   |   |   |   |   |   |
| 3 | Prawe przednie |   |   |   |   |   |   |
| 4 | Prawe tylne |   |   |   |   |   |   |

**Potwierdzenie  przyjęcia   opon/~~kół~~ do przechowalni**

           ……………………………………                                       ………………………………….

Czytelny podpis   osoby  przekazującej- Klient                   Czytelny  podpis  osoby przyjmującej  i pieczątka serwisu

(*Potwierdzam że zapoznałem się z Regulaminem*  Przechowalni

*Opon/Kół Samochodowych i SerwisuOpon*

*oraz Cennikiem Opłat Serwisu opon samochodowych*

i Przechowalni opon/kół WIM)

**Potwierdzenie  wydania  opon/~~kół~~ z przechowalni**

Data wydania ……………...

    ……………………………………                                 ………………………………….

Czytelny podpis osoby przyjmującej                              Czytelny podpis osoby wydającej i pieczątka serwisu