

## Formularz Zgłoszeniowy - Relokacja Maszyn Pomiarowych

### Dane Klienta

Nazwa firmy:

Osoba kontaktowa:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

Adres miejsca relokacji (miejsce, z którego maszyna będzie transportowana):

### Informacje o maszynie

Nazwa / Typ maszyny:

Wymiary maszyny (dł./szer./wys.):

Waga maszyny:

### Warunki techniczne

- |                                                                                                                                                 |                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1. Czy na miejscu jest dostępny prąd do sprawdzenia działania maszyny?<br>Jeśli tak, proszę podać szczegóły (np. napięcie, rodzaj gniazda):     | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| 2. Czy na miejscu dostępne jest powietrze do sprawdzenia działania maszyny?<br>Jeśli tak, proszę podać szczegóły (ciśnienie, rodzaj przyłącza): | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |

### Informacje o drodze transportowej

- |                                                                                   |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 3. Czy na drodze transportowej występują kolizje, takie jak:                      |                                                           |
| - Progi? (szczegóły):                                                             | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| - Różnice poziomów? (szczegóły):                                                  | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| - Słupy? (szczegóły):                                                             | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| - Wąskie ościeżnice (podać szerokość):                                            | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| 4. Czy droga transportowa jest zapewniona i bezpieczna?<br>Szczegóły:             | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| 5. Jak maszyna będzie ładowana na samochód (np. rampa, podnośnik, wózek widłowy?) |                                                           |

IGEL Sp. z o.o.  
Ul. Herbowa 11  
62-070 Dąbrówka  
EU-VAT/NIP: PL7773408132

E: [office@igel-cmm.com](mailto:office@igel-cmm.com)  
[www.igel-cmm.com](http://www.igel-cmm.com)



|                                                                                                           |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 6. Czy dysponują Państwo wózkiem widłowym?                                                                | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| - Udźwig wózka widłowego:                                                                                 |                                                           |
| - Maksymalna długość wideł:                                                                               |                                                           |
| <b>Dokumentacja zdjęciowa</b>                                                                             |                                                           |
| 7. Prosimy o dołączenie dokumentacji zdjęciowej drogi transportowej (np. wejścia, korytarze, rampa, itp.) |                                                           |
| - Zdjęcie 1                                                                                               |                                                           |
| - Zdjęcie 2                                                                                               |                                                           |
| - Zdjęcie 3                                                                                               |                                                           |
| <b>Godziny pracy</b>                                                                                      |                                                           |
| 8. Jakie są godziny pracy?                                                                                |                                                           |
| 9. Czy możliwa jest praca w godzinach popołudniowych?                                                     | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| <b>Dodatkowe uwagi</b>                                                                                    |                                                           |
| Proszę o wpisanie wszelkich dodatkowych uwag dotyczących realizacji zlecenia:                             |                                                           |
| <br><br>                                                                                                  |                                                           |
| <b>Potwierdzenie danych</b>                                                                               |                                                           |
| Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe i kompletne                                               |                                                           |
| Podpis osoby upoważnionej:                                                                                |                                                           |
| Data:                                                                                                     |                                                           |