

FAX送信先 ☞ To:スミダメディカル

☎ 03-5608-1027

日付 年 月 日

査定機器が複数台ある場合は本紙をコピーしてご使用ください。機器が複数台ある場合は通し番号をご記入下さい。(枚目/ 枚中)

医療機器買取無料査定 医療機器査定は スミダメディカル にお任せください

FAX送信先 ☞ **03-5608-1027**

無料査定 FAXでのお申込みは24時間受付しております。
☎電話 03-6811-1302 営業時間 9:00~18:00(土日祝日定休)

E-mail: sumidamedical0905@gmail.com

※お客様について (査定機器が複数ある場合は2枚目以降、貴社名だけで結構です)

〒130-0014 東京都墨田区亀沢1-7-2-701

病院・施設名・貴社名	ご担当者 (ふりがな)
ご住所 〒	電話番号
	FAX番号
	携帯番号
	E-mail

お客様との連絡方法にご要望があればお知らせ下さい。 その他、連絡事項等

電話 ・ 携帯電話 ・ FAX ・ E-mail 希望連絡時間帯 / いつでも・曜日時間指定()

●査定希望機器 詳細 (機器の後部、下部等に貼付けしてあるラベルをご確認ください)

機器名・機器種類 (例え 内視鏡)	型式・モデル		
メーカー名	製造番号・シリアルNo.		
購入状況 新品 ・ 中古 ・ リース	購入年月・使用年数 昭和 ・ 平成 年 使用年数 年		
取扱説明書 有 ・ 無	購入価格 ¥	売却希望価格 ¥	売却時期 (該当するところにチェックしてください) <input type="checkbox"/> すぐに <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> その他 年 月頃予定

外観の破損・汚れ

無 ・ 有 (どんな?)

動作に問題ありますか

無 ・ 有 (どんな?)

オプション・付属品等 (超音波診断装置の場合はプローブ種類、本数をお知らせください)

●搬出経路

1名で外まで搬出できますか? はい ・ いいえ	設置階数 階	エレベータ 有 ・ 無	段差(施設の外まで) 有 ・ 無	駐車場 有 ・ 無
何名ぐらいのスタッフが必要だと思われませんか? 名	その他・連絡事項			

ご記載頂いた個人情報については当社にて厳密に管理し、本査定のみ活用致します。 ご依頼内容を確認次第、当社よりご連絡致します。