



医療機器査定依頼書

枚目/

枚中

ご依頼の査定機器が複数台ある場合は、本紙をコピーしてご使用下さい。

お客様情報について

貴医院名 ・ 貴社名	ふりがな	ご担当者名	ふりがな
住所	〒		
TEL		FAX	
携帯電話		E-mail	
お客様とのご連絡方法		電話・携帯電話の場合のご希望時間帯	
電話 ・ 携帯電話 ・ FAX ・ E-mail		ご指定 なし あり()	

売却希望機器について

機器名	オプション・付属品等		
メーカー名			
型式	動作の不具合(外観の破損・汚れキズ等) 無 有		
売却ご希望時期	購入(納入)時期: 年 月頃 新品 中古		

その他ご質問・ご要望・連絡事項等あればご記入下さい。

--

※ご記入頂いた個人情報については、当社にて厳密に管理し、本査定及びマーケティングのためにのみ活用致します。

※但し年式、機器の状態により買取不可の場合も御座いますので、予めご了承ください。

【中古眼科器械買取・販売】

株式会社アイビーメディカル

FAX 072-281-1202