

DATA:.....

## WNIOSEK O PRZEKAZANIE ZOBOWIĄZAŃ SERWISOWYCH

(WYPEŁNIĆ CZYTELNIIE DRUKOWANYMI LITERAMI)

Typ kasy	Nr fabryczny	Nr unikatowy	Data zakupu

**Uwaga:** W przypadku większej ilości kas, należy dołączyć listę zbiorczą z w/w danymi.

<b>DANE FIRMY PROWADZĄCEJ DOTYCHCZASOWY SERWIS:</b>	
Nazwa firmy:	
Adres firmy:	
Telefon:	

<b>DANE FIRMY PRZEJMUJĄCEJ SERWIS:</b>			
Nazwa firmy:	<b>P.P.H.U. „SEGAL” Sebastian Waindzoch</b>		
Adres firmy:	<b>45-325 OPOLE, ul. Światowida 5</b>		
Adres punktu serwisowego:	<b>45-325 OPOLE, ul. Światowida 5</b>		
Telefon:	077 4 577 599	Fax:	077 4 577 599

<b>URZĄD SKARBOWY (właściwy dla miejsca instalacji kasy rejestrującej):</b>			
Urząd Skarbowy:			
Adres:			
Telefon:		Fax:	

<b>DANE IDENTYFIKACYJNE UŻYTKOWNIKA:</b>			
Nazwa firmy:			
Adres firmy:			
Telefon:		Fax:	
NIP:		e-mail:	
Adres użytkownika kasy:			
Telefon:			

Przyczyny zmiany serwisu:
---------------------------

**UWAGA:**

1. Koszty manipulacyjne dotyczące zmiany serwisu wynoszą **100 + 22% VAT** (122 zł brutto) od każdego **urządzenia** fiskalnego.
2. Wniosek należy przesłać **faxem** na nr (32) 272-81-90 albo listownie na adres: ZUK ELZAB S.A. ul. Kruczkowskiego 39, 41-813 Zabrze, z dopiskiem: **Dział Serwisu**. **Uwaga: nie wysyłać podwójnie – faxem lub listownie!!!**
3. ELZAB S.A. zastrzega sobie prawo zmiany firmy serwisowej na inną niż we wniosku.

**Wnioski wypełnione nieczytelnie, niekompletnie będą rozpatrywane dopiero po ich odpowiednim uzupełnieniu.**

.....  
Serwis dotychczasowy  
(przyjmuję do wiadomości)

.....  
Serwis przejmujący  
zgadzam się na przejęcie serwisu

.....  
Użytkownik kas  
potwierdzam wiarygodność podanych  
w/ Informacji