



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY do Jesiennego Tygodnia Przeglądów

Dane warsztatu:

| | |
|---|----------------------|
| Nazwa Warsztatu: P.P.H. „WIPEXIM” AUTO-SERWIS | |
| Miasto: CHRZANÓW | Kod pocztowy: 32-500 |
| Ulica: STARA HUTA 17 | |

Imię i nazwisko właściciela lub osoby odpowiedzialnej za kontakt

| |
|-----------------------------------|
| Imię i nazwisko: WIESŁAW PSTRUCHA |
| Telefon: 501-160-277 |

Oferta warsztatu dla Klientów w ramach Jesiennego Tygodnia Przeglądów (odpowiednie zaznaczyć):

Przeгляд:

- | | | |
|-----------------------|--------------------------------------|---|
| Zawieszenie | <input type="checkbox"/> Rabat ____% | <input checked="" type="checkbox"/> Darmowy |
| Amortyzatory | <input type="checkbox"/> Rabat ____% | <input checked="" type="checkbox"/> Darmowy |
| Układ hamulcowy | <input type="checkbox"/> Rabat ____% | <input checked="" type="checkbox"/> Darmowy |
| Oświetlenie | <input type="checkbox"/> Rabat ____% | <input checked="" type="checkbox"/> Darmowy |
| Elektryka | <input type="checkbox"/> Rabat ____% | <input checked="" type="checkbox"/> Darmowy |
| Układ wydechowy | <input type="checkbox"/> Rabat ____% | <input checked="" type="checkbox"/> Darmowy |
| Inne (proszę wpisać): | <input type="checkbox"/> Rabat ____% | <input type="checkbox"/> Darmowy |

Wymiana (dotyczy wyłącznie czynności usługowych):

| | | |
|-----------------------|--|---|
| Olej | <input type="checkbox"/> Rabat ____% | <input checked="" type="checkbox"/> Darmowa |
| Płyn hamulcowy | <input type="checkbox"/> Rabat <u>20</u> % | <input type="checkbox"/> Darmowa |
| Płyn chłodzący | <input type="checkbox"/> Rabat <u>20</u> % | <input type="checkbox"/> Darmowa |
| Opony | <input type="checkbox"/> Rabat ____% | <input checked="" type="checkbox"/> Darmowa |
| Filtry | <input type="checkbox"/> Rabat ____% | <input checked="" type="checkbox"/> Darmowa |
| Rozrząd | <input type="checkbox"/> Rabat <u>20</u> % | <input type="checkbox"/> Darmowa |
| Świece zapłonowe | <input type="checkbox"/> Rabat ____% | <input checked="" type="checkbox"/> Darmowa |
| Klimatyzacja | <input type="checkbox"/> Rabat <u>30</u> % | <input type="checkbox"/> Darmowa |
| Inne (proszę wpisać): | <input type="checkbox"/> Rabat ____% | <input type="checkbox"/> Darmowa |
| Inne (proszę wpisać): | <input type="checkbox"/> Rabat ____% | <input type="checkbox"/> Darmowa |

Oświadczam, że usługi zawarte w formularzu zgłoszeniowym będą faktyczną ofertą dla klientów warsztatu w ramach Jesiennego Tygodnia Przeglądów organizowanego przez Akademię Bezpiecznego Samochodu.

30.09.2008
data

Aienaw Pstrucka
imię i nazwisko osoby
zgłaszającej

Wypełniony formularz proszę przesłać na adres mailowy agnieszka@socm.c do dnia **30.09.2008 r.**