

HOME ASSISTANCE- Ankieta usługodawcy

Nazwa firmy:				
Właściciel/Dyrektor:				
Adres (ulica, miejscowość)				
Kod pocztowy miasto:		Województwo :		
Rok rozpoczęcia działalności				
Ilość pracowników :				
Certyfikaty/licencje zawodowe :				
Numer ewid. działalności gosp:				
Godziny otwarcia firmy:				
Główny numer telefonu:		Nr telefonu 24h:		
Fax:				
Email:				
Strona www:				
Dyspozycyjność 24h:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		
Nr konta bankowego:				
Nazwa i adres banku:				
Ubezpieczenie OC:		Wysokość ubez		
Nazwa towarzystwa ubez.				
REGON		NIP:		
Płatnik podatku VAT	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		
Aparat cyfrowy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		
ZAKRES świadczonych USŁUG:				
Prosimy o zaznaczenie rodzaju usług, które jesteście Państwo gotowi świadczyć każdorazowo na nasze zlecenie (24h/dobę bądź w określonych godzinach):				
USŁUGA			GODZ	UWAGI
-naprawa RTV AGD	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		
-Ślusarska	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		
-hydrauliczna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		
-elektryczna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		
-Szkłarska	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		
-informatyczna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		
-Ogólno-budowlana (parkieciarz, malarz, murarz, stolarz, glazurnik)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		
-dekarcka	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		
-Uproszczona likwidacja szkód majątkowych Digital Reporting	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		