



医療機器 買取査定 インターメディカル

機器が複数台ある場合は、通し番号ご記入下さい

枚目 / 枚中

査定は無料。
FAXでのお申込みは24時間受付けております。

FAX 送信先

03-6803-0858

※査定機器が複数ある場合、2枚目以降は貴社名だけで結構です。

依頼日 年 月 日

ふりがな	病院・施設名・貴社名		
お名前			
ご住所 〒	電話番号	-	-
	携帯番号	-	-
	FAX番号	-	-

売却希望機器 詳細

機器の種類・機器名		型式	
メーカー名		製造番号 または シリアル番号 (機器後部等に貼付されているラベルをご確認ください)	
		製造番号	シリアル番号(S/N)
CT/X線 売却希望のみ、ご記入ください。		購入年月 / 使用年数	購入価格
管球交換の有無	管球交換の「有」の方のみ記載 現管球設置年	現管球トータル スライス数 (CT売却希望のみ記載)	
無・有・不明	年 月	年 月 / 年間	¥
購入時の状況	保守契約	取扱説明書	修理点検書
新品・中古・リース	有・無	有・無	有・無
構成・オプション・付属品等			
無・有(その状態は?)			
動作に問題はありますか?			
無・有(その状態は?)			
外観の破損・汚れキズ等			
無・有(その状態は?)			
査定目的(該当項目ございましたらチェックしてください)		使用用途 動物の場合は選択	売却予定時期
<input type="checkbox"/> 買換え <input type="checkbox"/> 使用頻度減少 <input type="checkbox"/> 閉院 <input type="checkbox"/> 閉院の為、その他にも多数の査定を希望		<input type="checkbox"/> 動物で使用	年 月 頃
			売却希望金額 ¥

アンケート(弊社をどのようにしてお知りになりましたか) 複数回答可

検索サイトを選んだ方、検索ワード(文言)教えてください。

弊社WEBサイトから ダイレクトFAX 検索サイト(yahoo,Googleから)

例:「CT 売却」または「CT 買取り」または「CT 査定」など

搬出ルート 詳細

駐車場	設置フロア	エレベーター	段差・障害物等	段差・障害物(有)で答えた方…詳細お知らせください
有・無	F	有・無	有・無	
搬出 必要人数(概算)	機器設置住所(上記住所と異なる場合のみ記載)			
人				
その他・ご要望・特記事項・搬出による注意点等				