

HOME ASSISTANCE-ANKIETA USŁUGODAWCY

Nazwa firmy:					
Właściciel/Dyrektor:					
Adres (ulica, miejscowość)					
Kod pocztowy miasto:		Województwo :			
Rok rozpoczęcia działalności					
Ilość pracowników :					
Certyfikaty/ Autoryzacje/ 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 ubezpieczenia			
Nazwa towarzystwa ubezp.					
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	USŁUGA	Godz	USŁUGA	Godz
-Ślusarska		-Szklarska		-Dekarska	
- Hydrauliczna		-Informatyczna		-Naprawa RTV AGD	
-Elektryczna		-Ogólnobudowlane - parkieciarz, malarz, murarz, stolarz, glazurnik		-Uproszczona likwidacja szkód majątkowych	
-Inne					