

※印刷して、直接機器を見ながらご記入ください。分からない項目は未記入で結構です。まずはお気軽にお問い合わせください。

医療機器 買取査定 木下医療器

機器が複数台ある場合は、通し番号をご記入ください。

枚目 / 枚中

査定は無料です。
FAXのお申し込みは24時間受け付けております。

FAX

06-6632-6696

TEL 06-6641-6053 営業時間 9:00~18:00(土日/祝日定休)

※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：平成 年 月 日

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

→ 売却をご希望の機器の詳細をお知らせください。

機器の種類・機器名	型式	メーカー名	
CT/X線 売却希望のみ、ご記入ください。		購入年月日 / 使用年数	購入金額
管球交換の有無 無 ・ 有 ・ 不明	管球交換の「有」の方のみ記載 現管球設置年 年 月	年 月 / 年間	¥
購入時の状況 新品 ・ 中古 ・ リース	保守契約 有 ・ 無	取扱説明書 有 ・ 無	修理点検書 有 ・ 無
構成・オプション・付属品等 無 ・ 有 (その状態は?:			
動作に問題がありますか? 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 (該当項目が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	売却希望金額
<input type="checkbox"/> 買換え <input type="checkbox"/> 使用頻度減少 <input type="checkbox"/> 閉院 <input type="checkbox"/> 閉院のため、その他にも多数の査定を希望	<input type="checkbox"/> 動物で使用	年 月頃	¥

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)を教えてください。【

弊社WEBサイト 知人の紹介 検索サイト(Yahoo! , Google など)

例:「X線 売却」「レントゲン 売却」「X線 買取」「X線 査定」】

→ 搬出ルートの詳細をお知らせください。

駐車場 有 ・ 無	設置フロア F	エレベーター 有 ・ 無	段差・障害物等 有 ・ 無	段差・障害物(有)で答えた方 ... 詳細をお知らせください。
機器設置住所(上記住所と異なる場合のみ記載)				
その他・ご要望・特記事項・搬出による注意事項など				

※FAXまたはお電話でご返答させていただきます。また、下見の必要がある場合、現地へお伺いさせていただくこともあります。

※機器のコンディション または 再販売を見込めない機器については買取りができない場合がございますので、あらかじめご了承ください。