

※印刷して、直接機器を見ながらご記入ください。査定機種が複数台ある場合は、本紙をコピーしてご使用ください。



# 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**

# 03-5603-1271

**お電話** 03-5496-7888 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	病院・施設名・貴社名		
お名前			
ご住所 千	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 無・有・不明	管球交換の「有」の方のみ記載 現管球設置年 年 月	現管球 トータル スライス数 (CT売却希望のみ記載)	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	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	¥

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 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…詳細お知らせください
搬出 必要人数(概算) 人	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・搬出による注意点等				

※ファックスまたは電話にてご返答いたしますので、書き忘れがございませぬようご確認ください。また、下見の必要があると判断した場合は、現地へお伺いさせて頂くこともあります。

※コンディションまたはシリアル/製造番号を元に製造販売先に通知した結果、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。予めご了承ください。