



Kundendaten

Ihre Auftragsnummer _____

Krankenhaus / Betrieb _____

Abteilung _____

Strasse Nr. / Postfach _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Kontaktperson _____

Telefonnummer _____ / _____

Faxnummer _____ / _____

Email _____

Gerätedaten

Gerätetyp _____

KH Ident – Nr. des Gerätes _____ Seriennummer _____

Soll ein Garantie – Anspruch geltend gemacht werden? ja nein
Falls ja, bitte die Kopie des Kaufbeleges beilegen.

Was soll am Gerät getan werden? STK MTK Reparatur

Fehlerbeschreibung bei Rep. _____

Allgemein

Wird das Gerät eingeschickt? ja nein bereits geschickt am: _____

Soll das Gerät abgeholt werden? ja nein _____

Falls ja, Adresse, soweit abweichend von obiger Anschrift. _____

Wird eine Verpackung benötigt? ja nein

Wird ein kostenpflichtiges Leihgerät benötigt? ja nein

Wird ein Kostenvorschlag gewünscht? ja nein ja, ab € _____