

REPARATURAUFRAG

Ihre Kundennummer:

Kundenname / Praxisstempel:

PRAEZIMED Service GmbH®

Reparaturservice

Volksdorfer Grenzweg 143
D-22359 Hamburg

Hotline: 040 / 645 0 88 0
E-Mail: info@praezimed.de

Telefax: 040 / 645 0 88 10
Internet: www.praezimed.de

Bitte *Betreffendes* ankreuzen:

Kostenvoranschlag erwünscht

Abholung erwünscht

Sofortige Reparatur

Reklamation

bis netto € _____ pro Gerät

Rechnungsnummer: _____

ZUR BEACHTUNG:

Nach Ausfüllen dieses Formulars behalten Sie bitte eine Fotokopie für Ihre Unterlagen!

Pos.	Hersteller	Modell	Seriennummer	Fehlerbeschreibung
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Sie erhalten grundsätzlich einen schriftlichen und gebührenfreien Kostenvoranschlag.

Sollte eine sofortige Reparatur gewünscht werden, so tragen Sie bitte den Netto Höchstbetrag oben ein. Vielen Dank!

Bitte beachten Sie, dass die Abholung (€ 12,50 netto) nur dann kostenlos ist, wenn die Reparaturkosten € 100,- netto überschreiten.



Reparatur beauftragt von:

Datum / Unterschrift: