

Reparaturauftrag



Anschrift Labor / Praxis:

Schick GmbH
Lehenkreuzweg 12
D-88433 Schemmerhofen

Telefon: +49 7356 9500-0
Telefax: +49 7356 9500-95
E-Mail: info@schick-dental.de
Internet: www.schick-dental.de

Ansprechpartner/in: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Anbei erhalten Sie zur:

- Reparatur Kostenvoranschlag *
 Reklamation Garantie *(Kaufnachweis in Form von Rechnung oder Lieferscheinkopie beiliegend)*

Seriennummer:

Bezeichnung:

Einsendegrund / Bemerkung:

Abholservice:

- Ja, ich wünsche eine Abholung des defekten Gerätes (Kostenbeteiligung 6,90 € innerhalb Deutschlands)

Datum Abholtag (ab Folgetag möglich): _____

Leihgerät:

- Ja, bitte senden Sie mir für die Dauer der Reparatur bei Schick Dental kostenlos ein Ersatzgerät zu

Motorhandstück (Typ): _____ Steuergerät (Typ): _____

Sonstige Geräte: _____

- Ja, bitte holen Sie nach der Reparatur meines Gerätes das Ersatzgerät wieder ab
(Kostenbeteiligung 6,90 € innerhalb Deutschlands)

Datum: _____

Unterschrift: _____

Drucken

* Auf Wunsch werden Kostenvoranschläge erstellt. Wenn Sie die Reparatur gemäß Kostenvoranschlag nicht wünschen, berechnen wir für die Erstellung des Kostenvoranschlages € 30.- Bearbeitungsgebühren und Versandkosten. Produkte, für die ein Kostenvoranschlag erstellt wurde, werden nach 6 Monaten verschrottet, sofern wir vom Reparaturauftraggeber keinerlei Nachricht erhalten. Reparaturen werden nicht durchgeführt, wenn die Kosten der Reparatur den halben Neupreis des Produkts überschreiten.