** Reparaturformular**

Gerne möchten wir die Reparatur Ihrer medizinischen Geräte so rasch und kostengünstig wie möglich erledigen. Um dies erreichen zu können bitten wir Sie, dieses Reparaturformular so genau als möglich auszufüllen. **Bitte füllen Sie für jedes Gerät ein eigenes Reparaturformular aus und legen Sie es anschließend dem Gerät bei.**

**Ihre Daten (Stempel)**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Adresse |  |
| Telefon |  |
| E-Mail |  |

**Gerätedaten**

|  |  |
| --- | --- |
| Bezeichnung |  |
| Seriennummer |  |
| Zubehör inkl. Anzahl |  |

**Bitte sämtliches Zubehör beilegen!**

**Detaillierte Fehlerbeschreibung**

**Optionale Angaben**

* **Kostenpflichtiger KOSTENVORANSCHLAG (19,80 € exkl. MWSt.)**
* **ABHOLUNG des defekten Geräts durch den Schuhfried Lieferservice.
Pauschalen: Abholung/Retourlieferung: jeweils 15 €, Abholung und Retourlieferung: 29 €**
* **Anfrage für ein REPARATURERSATZGERÄT für die Dauer der Reparatur zum Pauschalpreis
von 30 € für die Dauer der Reparatur.**

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Ihr Dr. Schuhfried Medizintechnik Team