



## Reparaturformular

Gerne möchten wir die Reparatur Ihrer medizinischen Geräte so rasch und kostengünstig wie möglich erledigen. Um dies erreichen zu können, ersuchen wir Sie, dieses Reparaturformular so genau als möglich auszufüllen.

**Bitte füllen Sie pro Gerät ein eigenes Reparaturformular aus und legen Sie es dem Gerät bei.**

Kundendaten:

Stempel:

Name:	
Adresse:	
Telefon:	
Mail:	

Gerätedaten:

Garantie:

Ja

Nein

Gerät:	
Seriennummer:	
Zubehör (Anzahl):	

Das Gerät sollte mit sämtlichen Zubehör ausgestattet sein. Bei Fremdgeräten bitte die Bedienungsanleitung beilegen.

Bitte hier die Fehlerbeschreibung beifügen:

- Falls Kostenvoranschlag erwünscht, bitte ankreuzen.
- Ja, ich möchte, dass das defekte Gerät so bald wie möglich bei mir abgeholt wird.  
Fax: 01 405 44 64, Mail: info@schuhfriedmed.at
- Ja, ich möchte bei Verfügbarkeit ein Reparaturersatzgerät zum Pauschalpreis von € 30,- für die Dauer der Reparatur erhalten.

*Ihr Dr. Schuhfried Medizintechnik-Team*