FM 280-002 Auftrag / Anmeldung Service

hestomed+helbig

☐ Überprüfung ☐ MTK ☐ STK ☐ Kalibrierung ☐ Wartung ☐ Reparatur ☐ _____

Kundenanschrift:	Rechnungsanschrift:
Firma / Organisation:	Firma / Organisation:
Anschrift:	Anschrift:
Ansprechpartner:	Ansprechpartner:
Kundennummer:	Kundennummer:
Telefon / Fax:	Telefon / Fax:
E-Mail:	E-Mail:

Anschrift für die Rücksendung, falls abweichend von der Kundenanschrift:

	Gerät 1	Gerät 2	Gerät 3	Gerät 4	Gerät 5
Hersteller					
Produktbezeichnung					
Typ					
Artikelnummer					
Seriennummer					

Fehlerbeschreibung

Zubehör

Bitte legen Sie den Geräten das zum Betrieb erforderliche Zubehör bei (Anschlusskabel, Akku/Batterien, EKG-Kabel, Beatmungsschlauch, usw.). Lithium-Ionen-Batterien gem. SV 188 ADR beim Versand dem Gerät entnehmen und separat verpacken. Soweit für das Produkt erforderlich, das Medizinproduktebuch beilegen.

Bemerkungen

☐ Wir benötigen einen Kostenvoranschlag (kostenpflichtig)
☐ Wir wünschen Service vor Ort (Mehrkosten)
☐ Wir wünschen eine Teillieferung (Mehrkosten)
☐ Wir wünschen eine tel. Kontaktaufnahme
☐ Reparatur Freigabe bis _____
☐ Wir benötigen ein Leihgerät (kostenpflichtig)
☐ Die Geräte wurden hygienisch aufbereitet!
☐ Abgelaufenes Verbrauchsmaterial ersetzen
☐ Keine Weiterleitung an den Hersteller
☐ _____

Unser Terminwunsch _____

Die Reparaturbedingungen habe ich gelesen und akzeptiert.
Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich berechtigt bin, für die oben angegebene Kundennummer/Firma, verbindliche Aufträge zu erteilen. Eine Einplanung und Bearbeitung Ihres Auftrags erfolgt erst, wenn der Serviceauftrag vollständig und unterschrieben vorliegt.

Datum _____ Name des Bestellers/Unterschrift _____

Senden Sie uns dieses Formular per Fax an 07139/9374-335 oder per E-Mail an technik@hestomed-helbig.de
Bitte legen Sie Ihrem Paket eine unterschriebene Kopie des ausgefüllten Formulars bei.

Formular drucken

Formular verschicken

Formular© Helbig®, Neuenstadt