

Supportfall-Nr.:

Auftraggeber	Lieferanschrift	Rechnungsempfänger
Firma:	Firma:	Firma:
Kundennr.:	Kundennr.:	Kundennr.:
Anschrift:	Anschrift:	Anschrift:
Ansprechpartner:	Ansprechpartner:	Ansprechpartner:
Telefon / Fax:	Telefon / Fax:	Telefon / Fax:
E-Mail:	E-Mail:	E-Mail:

- ☐ Reparaturfreigabe bis _____ €
- ☐ Wir wünschen Service vor Ort (Mehrkosten)
- ☐ Wir benötigen einen Kostenvoranschlag.
- ☐ Wir benötigen ein Leihgerät (kostenpflichtig)
- ☐ Wir wünschen Teillieferung (kostenpflichtig)

Wenn die Reparaturkosten Ihre Freigabesumme überschreiten, erhalten Sie automatisch einen Kostenvoranschlag zur Freigabe unseres Service.

HINWEIS ZU STANDARDMÄSSIGEN LEISTUNGEN (KOSTENPFLICHTIG)

Damit Ihre Geräte stets einsatz- und funktionsfähig bleiben, erneuern wir standardmäßig alle Artikel mit Verfallsdatum, die bis zur nächsten STK/MTK ablaufen.

Die nachfolgenden Leistungen werden standardmäßig und kostenpflichtig durchgeführt, sofern keine abweichende Auswahl getroffen wird.

- ☐ Ich verzichte auf die automatische (kostenpflichtige) Erneuerung von Verbrauchsmaterialien.
- ☐ Ich verzichte auf die automatische (kostenpflichtige) Wartung vor der nächsten STK/MTK.

	Hersteller	Typbezeichnung	Artikelnr.	Seriennummer
Gerät 1				
Fehlerbeschreibung				
Zubehör				
Bemerkungen				
	<input type="checkbox"/> Wartung	<input type="checkbox"/> Reparatur	<input type="checkbox"/> STK	<input type="checkbox"/> MTK

	Hersteller	Typbezeichnung	Artikelnr.	Seriennummer
Gerät 2				
Fehlerbeschreibung				
Zubehör				
Bemerkungen				
	<input type="checkbox"/> Wartung	<input type="checkbox"/> Reparatur	<input type="checkbox"/> STK	<input type="checkbox"/> MTK

	Hersteller	Typbezeichnung	Artikelnr.	Seriennummer
Gerät 3				
Fehlerbeschreibung				
Zubehör				
Bemerkungen				
	<input type="checkbox"/> Wartung	<input type="checkbox"/> Reparatur	<input type="checkbox"/> STK	<input type="checkbox"/> MTK

	Hersteller	Typbezeichnung	Artikelnr.	Seriennummer
Gerät 4				
Fehlerbeschreibung				
Zubehör				
Bemerkungen				
	<input type="checkbox"/> Wartung	<input type="checkbox"/> Reparatur	<input type="checkbox"/> STK	<input type="checkbox"/> MTK

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.

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.

Senden Sie uns dieses Formular per Fax an +49 6298 3753-144 oder per E-Mail an technik@hestomed-helbig.de
 Bitte legen Sie Ihrem Paket eine unterschriebene Kopie des ausgefüllten Formulars bei.

 Datum

 Name des Bestellers / Unterschrift