

Beleg für Retouren und Reparaturen

Hinweis: Bitte nutzen Sie dieses Formular pro Produkt und senden Sie das Gerät zusammen mit diesem Formular ein.
Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unseren: Customer Service, T: 040-5 47 02-100

Bitte angeben!

Löwenstein
Medical-Kd.-Nr.

Löwenstein Medical Technology GmbH + Co. KG
Zentrum für Produktion, Logistik, Service
Dörriesweg 3
22525 Hamburg
DEUTSCHLAND

Auftraggeber:

Firma _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____ Land _____

Tel. _____ Fax _____

E-Mail _____

Ref. Kunde: _____ abweichende Lieferanschrift:

Firma _____

Abteilung _____ Ansprechpartner _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____ Land _____

Bei der Einsendung handelt es sich um eine:

Wartung

Reparatur

Garantieleistung (*bitte Kaufbeleg beifügen*)

Rücksendung zur Gutschrift (*bitte Kaufbeleg beifügen*)

Rücksendung Austausch-Artikel

Ersatz bereits erhalten? Ja Nein

Wartung und Reparatur:

Beschreibung	WM-Artikel-Nr.	Serien-Nr.

Detaillierte Fehlerbeschreibung:

Zur Verkürzung der Reparaturzeiten bitte ausfüllen!

Reparaturen ohne Kostenvoranschlag bis zu einer Höhe von: _____ Euro (brutto) durchführen.

Alle notwendigen Arbeiten **ohne** Kostenvoranschlag sofort durchführen.

Hinweis: Es gelten die Allgemeinen Bedingungen für Reparaturen, Wartungen und STK von Löwenstein Medical Technology GmbH + Co. KG Stand: 21. April 2010 soweit sich nicht aus den allgemeinen Verkaufs- und Lieferbedingungen und/oder den Garantiebedingungen der Firma Löwenstein Medical Technology GmbH + Co. KG, in der jeweils zum Zeitpunkt des Kaufs des Produktes geltenden Fassung, etwas anderes ergibt. Die Allgemeinen Bedingungen für Reparaturen, Wartungen und STK von Löwenstein Medical Technology GmbH + Co. KG Stand: 21. April 2010 können bei uns angefordert werden und sind unter <http://www.loewensteinmedical.de> abrufbar.

_____ Datum

_____ Unterschrift

