

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 (kostenpflichtig)
- ☐ 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.

ABWEICHENDE AUSWAHL Elektroden sollen getauscht werden ☐ ja ☐ nein
 Batterie soll getauscht werden ☐ ja ☐ nein

	Hersteller	Typbezeichnung	Artikelnr.	Seriennummer
Gerät 1				
Fehlerbeschreibung				
Zubehör				
Bemerkungen				
	☐ Wartung	☐ Reparatur	☐ STK	☐ MTK

	Hersteller	Typbezeichnung	Artikelnr.	Seriennummer
Gerät 2				
Fehlerbeschreibung				
Zubehör				
Bemerkungen				
	☐ Wartung	☐ Reparatur	☐ STK	☐ MTK

	Hersteller	Typbezeichnung	Artikelnr.	Seriennummer
Gerät 3				
Fehlerbeschreibung				
Zubehör				
Bemerkungen				
	☐ Wartung	☐ Reparatur	☐ STK	☐ MTK

	Hersteller	Typbezeichnung	Artikelnr.	Seriennummer
Gerät 4				
Fehlerbeschreibung				
Zubehör				
Bemerkungen				
	☐ Wartung	☐ Reparatur	☐ STK	☐ MTK

Bitte legen Sie den Geräten das zum Betrieb erforderliche Zubehör bei (Anschlusskabel, Akku/Batterien, EKG-Kabel, Beatmungsschlauch, usw.). 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.de
 Bitte legen Sie Ihrem Paket eine unterschriebene Kopie des ausgefüllten Formulars bei.

Datum

Name des Bestellers / Unterschrift