

# Begleitschein zur Reparatur-/Serviceeinsendung von XV1 / Dragonfly Beleuchtungssystemen

Bitte füllen Sie dieses Formular aus und senden Sie es zusammen mit Ihrem Produkt an uns ein. Diese Informationen helfen uns dabei, Ihre Reparatur schnellstmöglich durchzuführen.

<b>Kundennummer / Auftragsnummer:</b>	<b>Rücksende-Adresse:</b>
Lieferanschrift und Rechnungsanschrift	<b>Sigma Dental Systems-Emasdi GmbH</b> <b>Heideland 22</b> <b>D-24976 Handewitt</b>
_____ (Name/Praxis)	Die Ware ist auf eigene Kosten und ausreichend geschützt an diese Adresse zu senden!
_____ (Straße/Hausnummer)	
_____ (PLZ/Ort)	Telefon (Mobil) _____
Abweichende Rechnungsanschrift	E-Mail _____
_____ (Name/Praxis)	Ansprechpartner _____
_____ (Straße/Hausnummer)	Kommission _____
_____ (PLZ/Ort)	Umsatzsteuer-ID-Nr. _____

**Fehlerbeschreibung:**

<input type="checkbox"/> Strahler	<input type="checkbox"/> Sonstige Fehler	Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Wackelkontakt	<input type="checkbox"/> kein Licht	
<input type="checkbox"/> Linse defekt	<input type="checkbox"/> Lichtleistung lässt nach	
<input type="checkbox"/> LED defekt	<input type="checkbox"/> flackerndes Licht	
	<input type="checkbox"/> Bügelenden abgebrochen	
	<input type="checkbox"/> Touchsensor ohne Funktion	
	<input type="checkbox"/> Brille ist heruntergefallen	

**Ich beauftrage den Service mit der Durchführung der Reparatur wie folgt:**

Kostenpflichtig (ohne Erstellung eines Kostenvoranschlags, unabhängig von Reparaturkosten)

Kostenpflichtig (ohne Erstellung eines Kostenvoranschlags) bis zu einer Summe von 400,00 € (zzgl. MwSt. und Versandkosten). Wird diese Summe überschritten erfolgt ein Kostenvoranschlag.

**Kopie des Kaufbeleges ist beigelegt?**  Ja  Nein

Wenn Sie einen Garantieanspruch wünschen, ist eine Rechnungskopie als Nachweis des bestehenden Garantieanspruches zwingend erforderlich.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/ Praxisstempel

Ich bin damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse für die Rücksendung dieser Reparatur-/Serviceeinsendung und zukünftige Aufträge an den Postdienstleister weitergegeben wird, damit dieser mich über den Status der Sendung informieren kann. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/ Praxisstempel

**Anmerkung:** Sigma Dental hat sich dem Datenschutz sowie dem Schutz von jeglichen persönlichen, von Ihnen bereitgestellten Daten verschrieben. Diese Daten werden ausschließlich für die Durchführung des Reparaturvorgangs verwendet. Ihre persönlichen Daten werden von uns geschützt und nicht für andere Zwecke verwendet. Unsere Datenschutzinformationen finden Sie unter: <https://www.sigmadental.de/service/datenschutz/>