Begleitschein zur Reparatureinsendung von Beleuchtungssystemen

sigma DENTAL

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.

Kundennummer / Auftragsnummer:

Lieferanschrift und Rechnungsanschrift

_____ (Name/Praxis)

_____ (Straße/Hausnummer)

_____ (PLZ/Ort)

Abweichende Rechnungsanschrift

_____ (Name/Praxis)

_____ (Straße/Hausnummer)

_____ (PLZ/Ort)

Rücksende-Adresse:

Sigma Dental Systems-Emasdi GmbH
Heideland 22
D-24976 Handewitt

Die Ware ist auf eigene Kosten und ausreichend geschützt an diese Adresse zu senden!

Telefon (Mobil) _____

E-Mail _____

Ansprechpartner _____

Kommission _____

Umsatzsteuer-ID-Nr. _____

Sendung bestehend aus:

Seriennummer (auf Rückseite des Gerätes/Strahler/Stecker):

- ☐ Steuergerät Nr. (Rückseite) _____
- ☐ Strahler mit Kabel (am Stecker) _____
- ☐ Strahler mit Magnet (am Strahler) _____
- ☐ Stromversorgung / Ladegerät
- ☐ Ersatzkabel mit Buchse (ohne Nr.)
- ☐ Magnetkabel (ohne Nr.)
- ☐ Gelbfilter
- ☐ Adapter Lupenbrille
- ☐ Bügelclip
- ☐ Gürtelclip
- ☐ Kleiderklemme

Fehlerbeschreibung:

☐ Strahler / Kabel
- ☐ Wackelkontakt Kabel
- ☐ Kabel einkürzen um _____ cm
- ☐ Linse defekt/trübe
- ☐ Kabelisolierung defekt
- ☐ Stecker / Pin beschädigt
- ☐ Stecker abgerissen

☐ Steuergerät
- ☐ Ein / Aus Schalter
- ☐ Drehschalter defekt
- ☐ Buchse Stecker fest
- ☐ Lädt nicht mehr/Akku schwach/defekt
- ☐ Wackelkontakt Steuergerät
- ☐ Ladegerät defekt

☐ Sonstige Fehler
- ☐ Kein Licht
- ☐ Lichtleistung lässt nach
- ☐ Flackerndes Licht
- ☐ Gürtelclip gebrochen
- ☐ Gerät ist heruntergefallen
- ☐ Kunde ist hängengeblieben

Sonstiges:

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 230,00 € (zzgl. MwSt. und Versandkosten). Wird diese Summe überschritten erfolgt ein Kostenvoranschlag.

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/