

Begleitschein zur Reparatureinsendung von 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.

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): _____

<input type="checkbox"/> Steuergerät Nr. (Rückseite) _____	<input type="checkbox"/> Stromversorgung / Ladegerät	<input type="checkbox"/> Adapter Lupenbrille
<input type="checkbox"/> Strahler mit Kabel (am Stecker) _____	<input type="checkbox"/> Ersatzkabel mit Buchse (ohne Nr.)	<input type="checkbox"/> Bügelclip
<input type="checkbox"/> Strahler mit Magnet (am Strahler) _____	<input type="checkbox"/> Magnetkabel (ohne Nr.)	<input type="checkbox"/> Gürtelclip
	<input type="checkbox"/> Gelbfilter	<input type="checkbox"/> Kleiderklemme

Fehlerbeschreibung:

<input type="checkbox"/> Strahler / Kabel <input type="checkbox"/> Wackelkontakt Kabel <input type="checkbox"/> Kabel einkürzen um _____ cm <input type="checkbox"/> Linse defekt/trübe <input type="checkbox"/> Kabelisolierung defekt <input type="checkbox"/> Stecker / Pin beschädigt <input type="checkbox"/> Stecker abgerissen	<input type="checkbox"/> Steuergerät <input type="checkbox"/> Ein / Aus Schalter <input type="checkbox"/> Drehschalter defekt <input type="checkbox"/> Buchse Stecker fest <input type="checkbox"/> Lädt nicht mehr/Akku schwach/defekt <input type="checkbox"/> Wackelkontakt Steuergerät <input type="checkbox"/> Ladegerät defekt	<input type="checkbox"/> Sonstige Fehler <input type="checkbox"/> Kein Licht <input type="checkbox"/> Lichtleistung lässt nach <input type="checkbox"/> Flackerndes Licht <input type="checkbox"/> Gürtelclip gebrochen <input type="checkbox"/> Gerät ist heruntergefallen <input type="checkbox"/> 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 175,-- € (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 Datenschutzzinformationen finden Sie unter: <https://www.sigmadental.de/service/datenschutz/>