

# REPARATURAUFTRAG



Ihre Kundennummer:

Kundenname / Praxisstempel:

**PRAEZIMED Service GmbH®**

**Reparaturservice**

Volksdorfer Grenzweg 143  
D-22359 Hamburg

Hotline: 040 / 645 0 88 0  
E-Mail: reparatur@praezimed.de

Telefax: 040 / 645 0 88 10  
Internet: www.praezimed.de

*Bitte Betreffendes ankreuzen:*

Kostenvoranschlag erwünscht

Abholung erwünscht

Sofortige Reparatur

Reklamation

bis netto € \_\_\_\_\_ pro Gerät

Rechnungsnummer: \_\_\_\_\_

## ZUR BEACHTUNG:

Nach Ausfüllen dieses Formulars behalten Sie bitte eine Fotokopie für Ihre Unterlagen!

Pos.	Hersteller	Modell	Seriennummer	Fehlerbeschreibung
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Sie erhalten grundsätzlich einen schriftlichen Kostenvoranschlag.

Sollte eine sofortige Reparatur gewünscht werden, so tragen Sie bitte den Netto Höchstbetrag oben ein. Vielen Dank!  
Bitte beachten Sie, dass die Abholung (€ 15,- netto) nur dann kostenlos ist, wenn die Reparaturkosten € 100,- netto überschreiten.

Reparatur beauftragt von:

Datum / Unterschrift:

**Praezimed®**  
Ihr zuverlässiger Reparatur-Service