

# Rücksendeformular

Adresse / Praxis:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Datum: .....

Ansprechpartner/in: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

Dental Depot: .....

Auftrags-/Lieferscheinnummer: \_\_\_\_\_

Grund der Rücksendung:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Reparatur                       | <input type="checkbox"/> Reklamation      |
| <input type="checkbox"/> Reparatur mit Kostenvoranschlag | <input type="checkbox"/> Leihgerät zurück |
| <input type="checkbox"/> Rückgabe zur Gutschrift         |   |

Seriennummer(n) der  
 Behandlungseinheit:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Menge                      Artikelnummer                      Seriennummer                      Bezeichnung


Genaue Fehlerbeschreibung (ohne Angabe ist eine Bearbeitung nicht möglich):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie, dass dieses Formular ausgefüllt mit den reklamierten Teilen zurückzusenden ist, da sonst keine Gutschrift erfolgen kann.** Laut ISO-Zertifizierung sind wir angehalten, diese Formulare zu archivieren und benötigen Ihre Mithilfe. Unbenutzte Artikel werden abzüglich einer Bearbeitungsgebühr in Höhe von 20% vom Listenpreis gutgeschrieben.

Es gelten unsere allgemeinen Geschäfts- und Lieferbedingungen.

Unterschrift: \_\_\_\_\_