

SERVICEAUFTRAG

RMA-Nr.:

Wird von HARNISCH+RIETH ausgefüllt!



HARNISCH+RIETH
DENTAL LABORATORY TECHNOLOGY

Bitte pro Gerät einen separaten Auftrag ausfüllen und dem Gerät beilegen!

Die mit Stern* gekennzeichneten Felder sind Pflichtangaben.

KUNDENDATEN

Firma:*	
Name:*	
Straße:*	
PLZ/Ort:*	
Telefon/Fax:	
E-Mail:*	

GERÄTEDATEN gemäß Typenschild

Maschinentyp:*	
Maschinen-Nr.:*	
Baujahr:*	

FEHLERBESCHREIBUNG* (bitte unbedingt angeben!)

ZUBEHÖR* (bitte unbedingt angeben!)

--

Bitte KOSTENLIMIT für Sofortreparaturen eintragen!

Kostenlimit (€):		<input type="checkbox"/> Ich wünsche einen Kostenvoranschlag
		<input type="checkbox"/> Ich benötige ein Angebot für ein Leihgerät.
Sind die tatsächlichen Kosten niedriger als das von Ihnen angegebene Limit, werden nur diese verrechnet (detaillierte Aufstellung auf der Rechnung). Liegen die Kosten für eine Reparatur über dem gesetzten Limit, erstellen wir einen Kostenvoranschlag. Im Fall, dass weder die Reparatur beauftragt noch ein Harnisch+Rieth Neugerät gekauft wird, stellen wir eine Aufwandsentschädigung für die Erstellung des Kostenvoranschlags zzgl. anfallender Frachtkosten in Rechnung. Diese Kosten verstehen sich zzgl. MwSt.		

Es gelten unsere allgemeinen Geschäftsbedingungen. Alle angegebenen Preise sind Endkunden-Nettopreise zzgl. MwSt.

Datum / Unterschrift: _____

E-Mail: service@hr-dental.de

Rückfax an: +49 (0) 7181/9678-17