



Rücksendeformular

Gerätetyp _____ Seriennummer _____

Fehlerbeschreibung:

Kostenvoranschlag erwünscht? ja nein

Kostenvoranschläge sind kostenlos, wenn im Anschluss ein Reparaturauftrag erteilt wird. Bei Rücksendung des Gerätes an den Einsender ohne Reparaturauftrag wird der Kostenvoranschlag mit 30 € in Rechnung gestellt.

Reparaturen bis _____ € können ohne Rücksprache ausgeführt werden.

Bemerkungen:

Ort, Datum _____

Name _____

Position _____

Unterschrift _____

Stempel der Einrichtung

Tel.: +49 5261 927 294 * Fax: +49 5261 927 296 * www.merlinmedical.de * info@abw-medizintechnik.de

Sparkasse Lemgo * IBAN: DE39 4825 0110 0000 1433 21 * SWIFT: WE LAD ED 1LEM

Commerzbank Detmold * IBAN: DE10 4808 0020 0284 3997 00 * SWIFT: DRES DE FF 480

Registergericht Lemgo HRB 2868 * Geschäftsführer: Gerald Adolf * USt.-Id-Nr.: DE 204602562

Verkauf und Lieferung erfolgt nur zu unseren Geschäftsbedingungen. Einkaufsbedingungen der Besteller werden nicht anerkannt.