

Leihgeräteanforderung

SciCan GmbH, Wangener Straße 78, 88299 Leutkirch
Tel.: 07561 / 983 43 620 Email: sonja.schwarz@coltene.com

Bitte vollständig ausfüllen!

Wir benötigen folgendes Leihgerät: _____

Angaben zum Dentaldepot (wichtig):

_____ Firma:	_____ Ansprechpartner:
_____ Straße:	_____ Tel.:
_____ PLZ, Ort:	_____ E-mail:

Lieferadresse

Öffnungszeiten der Praxis:

_____ Firma:	_____
_____ Straße:	_____
_____ PLZ, Ort:	_____ Etage: Aufzug:

Angaben zum defekten Gerät, welches zur Werksüberprüfung eingeschickt wird: (Bitte beim Statim immer mit Kassette einschicken!)	
_____ Seriennummer:	_____ Modell:
Fehlerangabe/Information:	
Besteht ein Garantieanspruch? JA <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
(falls JA, bitte unbedingt Kaufnachweis beilegen, ohne Kaufnachweis kann keine Garantie beansprucht werden.)	

Es wird eine Leihgebühr in Rechnung gestellt zzgl. 19% MwSt., Versand- und ggf. Abholkosten.
Die genauen Kosten bitte immer beim Dentaldepot anfragen.

Das Leihgerät ist sorgfältig zu behandeln. Ebenso ist dieses innerhalb von 3 Tagen nach Erhalt des Reparaturgerätes an uns zurückzusenden mit Angabe unserer Nummer oder verwenden Sie den beigelegten Abholauftrag beim Leihgerät.

Mit den Kosten erklären wir uns einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel: