

# Reparatur-Anforderung

(Bitte je zu reparierenden SiroLaser 1  
Formular ausfüllen!)

zu verschicken an:

Instrument Service Center  
Fabrikstr. 35  
64625 Bensheim  
Deutschland

**Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und  
legen es dem zu reparierenden SiroLaser bei!**

**Absender:**

Name:			Praxisstempel:
Straße:			
PLZ:	Stadt:	Land:	
Telefon:			
Fax:			
E-Mail:			

**Informationen zur SiroLaser Reparatur:**

Serien-Nr.:	REF:	<input type="radio"/> Durchführung der STK (Sicherheitstechnischen Kontrolle)!
Detaillierte Fehlerbeschreibung:		
		<input type="radio"/> Sofortige Reparatur, solange die Brutto- Kosten nicht _____ € überschreiten ansonsten Bitte um Kostenvoranschlag!
		<input type="radio"/> Bitte um Kostenvoranschlag!

**Dental Depot - Unbedingt erforderlich für die weitere Bearbeitung!**

Name:			Depotstempel:
Straße:			
PLZ:	Stadt:	Land:	
Telefon:			
Fax / E-Mail: (Für den Kostenvoranschlag!)			

Datum:

Unterschrift: