

Anforderungsformular RMA-Nummer

KUNDENDATEN

Anrede

☐

Herr

☐

Frau

Nachname *

Vorname *

Praxis / Klinik / Firma *

Titel / Funktion

Kundennummer

Vorgangsnummer (Ihre Referenz)

Land *

Ort * / PLZ *

Straße / Hausnummer *

E-Mail *

Telefonnummer *

Fax

PRODUKT

Modell, Artikelnummer [REF]. Bitte alle zurückgesendeten Artikel auflisten

Seriennummer [SN]. Bitte alle zurückgesendeten Artikel auflisten

DETAILLIERTE FEHLERBESCHREIBUNG

Wie oft kann der Fehler reproduziert werden? Wie oft tritt der Fehler auf?

Datum

Unterschrift / Stempel

RMA-NUMMER ANFORDERN (mit ausgefülltem Formular)

E-Mail: repair@xion-medical.com

Fax: +49 (0) 30-47 49 87-11

IHRE RMA-NUMMER (erhalten Sie von uns)

**Ihre RMA-Nummer
zur Rücksendung lautet:****Bitte kennzeichnen Sie Ihre Rücksendung deutlich sichtbar mit dieser RMA-Nummer**