

Service Begleitschein

Anforderungsformular RMA Nummer

ABSENDER

Kd.-Nr. (falls bekannt) _____
Firma _____
Kontaktperson _____
Straße _____
PLZ & Ort _____
Land _____
Telefon _____
Fax _____
Email _____

PRODUKT

Modell (Art.-Nr.) _____
Seriennummer _____
Detaillierte Problembeschreibung

Datum _____ Unterschrift/ Stempel _____

Graue Felder werden von XION ausgefüllt.	
Ihre RMA Nummer zur Rücksendung lautet	
Bitte kennzeichnen Sie Ihre Rücksendung deutlich sichtbar mit dieser RMA Nummer.	

Anforderung RMA Nummer

Email repair@xion-medical.com
Fax +49 (0)3047498711