



All Modul BV  
z. Hd. Service  
Damzigt 13  
3454 PS De Meern  
+31 (0)30 20 40 260  
Die Niederlande

# Servicemeldung-Formular

Name des Krankenhauses: .....

Straße: .....

Ort: .....

Name der Kontaktperson: .....

E-mail der Kontaktperson: .....

Telefonnr. Kontaktperson: .....

Modellbezeichnung des defekten Artikels: .....

Seriennummer des defekten Artikels: .....

Problem mit dem defekten Artikel:

**Batterien, Adapter und sonstiges Zubehör NICHT mitsenden**

**(außer, wenn einer dieser Artikel auch defekt ist bzw. der Grund für den Defekt ist).**

Bitte ankreuzen, wenn Sie dies gelesen haben.

**Bitte leisten Sie Ihre Unterschrift oben, um zu bestätigen, dass Sie dieses Formular korrekt ausgefüllt haben, kein Zubehör mitschicken und dieses Formular ausdrucken und in den Karton (für den Transport) beilegen.**