



# Formular

## Reparaturschein / STK-MTK

DATUM		HOMOTH MEDIZINELEKTRONIK GMBH & Co KG LEIBNIZSTR. 13-15, 24568 KALTENKIRCHEN TELEFON: 04191-27262-0, FAX: 04191-2726222
-------	--	---

**BITTE KOMPLETT AUSGEFÜLLT IHREM GERÄT BEILEGEN**

Praxis		Kundennummer	
Ort			
Ansprechpartner			
Telefon*			
Fax*			
E-Mail*			

\*Bitte geben Sie uns immer eine Kontaktmöglichkeit an, damit wir Sie vor der Reparatur über die Kosten informieren können

Gerät	
Seriennummer	
Zubehör (bitte alles auflühren)	

<input type="checkbox"/>	<b>Reparatur (Bitte beschreiben Sie den Fehler so genau wie möglich)</b> nach Abschluss der Reparatur muss immer eine STK / MTK durchgeführt werden, da dieses gesetzlich vorgeschrieben ist
<input type="checkbox"/>	<b>Nur Überprüfung – STK / MTK</b> (nur möglich bei intaktem Gerät + Zubehör)

Fehlerbeschreibung	

**Achtung:** aus versicherungstechnischen Gründen weisen wir Sie darauf hin, dass die Verpackung Ihrer Geräte durch Ihre Praxis bei der Einsendung an uns, auch bei Abholung durch UPS, den Verpackungsrichtlinien entsprechen muss. Bei ungenügend verpackten Geräten wird keinerlei Haftung übernommen. UPS empfiehlt, die Geräte einzeln mit Luftpolsterfolie zu verpacken. Die Geräte sollten mindestens 5cm Abstand zur Außen-Verpackung haben.

Unterschrift oder Stempel der Praxis	Datum	Unterschrift