



REPARATUR BEGLEITSCHIN

Antrag für Reparatur

| Bitte ausfüllen und dem Gerät beipacken |

KUNDENDATEN

Firma *	Ansprechpartner *
Name	Telefon *
HGS Kd.-Nr. (falls bekannt)	E-Mail *
Straße / Nr. *	
PLZ / Ort *	Datum * Unterschrift *

* Pflichtfeld

GERÄTEDATEN

	Device Nr.: _____	Versichert durch Vollschutzpaket** ☐
	Device Nr.: _____	☐

**Eidesstattliche Schadenserklärung erforderlich

FEHLERBESCHREIBUNG*

* Pflichtfeld

ABWICKLUNG

- Bei einer zu erwartenden Reparatur von mehr als 200,00 € wird ein Kostenvoranschlag erstellt. Ansonsten wird die Reparatur ohne Weiteres durchgeführt
- **Kostenvoranschlag innerhalb von 48 Stunden unterschrieben zurücksenden.**

Wird der Reparaturauftrag nicht erteilt, wird der entstandene Arbeitsaufwand in Rechnung gestellt.

Bericht Techniker

Kostenvoranschlag _____ Auftrag _____