



REPARATUR BEGLEITSCHHEIN

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

Versichert durch Vollschutzpaket**

_____ Device Nr.: _____

☐

_____ 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 _____