



WICHTIG!

Bitte behalten Sie eine Kopie des ausgefüllten Formulars für Ihre Unterlagen, verpacken die Geräte in einer ausreichend schützenden Umverpackung und senden sie mit dem Originalformular an:

M+W Dental Swiss AG

Länggstr. 15, CH-8308 Illnau

M+W Kundennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--

Beruf/Praxis/Labor:

Name/Vorname:

Strasse/Hausnummer:

CH-PLZ:

--	--	--	--	--

Ort:

Auftragsdatum:

Ansprechpartner/in:

E-Mailadresse:

Telefon:

Telefax:

Sofortige Reparatur
pro Gerät bis netto CHF

Pos.	Hersteller	Gerätetyp	Seriennummer	Fehlerbeschreibung
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				

Gratis Tel.: **0800 002 300**
 Gratis Fax: **0800 002 006**
 E-Mail: **info@mwdental.ch**

M+W Dental[®]
 wir kümmern uns

AUFTRAGSFORMULAR