

# DentalTiger®

in Kooperation mit *Praezimed®*

Kundennummer:

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

Beruf/Praxis/Labor:

Name/Vorname:

Straße/Hausnummer:

PLZ:

--	--	--	--	--

Ort:

E-Mailadresse oder Faxnummer:

Telefon:

Auftragsdatum:

Ansprechpartner:

Sofortige Reparatur pro Gerät bis netto EUR:



Kostenvorschlag erwünscht (Bitte ankreuzen)

Abholwunsch:

**WICHTIG!** Bitte verpacken Sie die Geräte in einer ausreichend schützenden Umverpackung und **behalten eine Kopie des Originalformulars für Ihre Unterlagen.**

**Sie haben Fragen? Kontaktieren Sie uns unter:**

Hotline:

**0 64 03 / 774 20 60**

E-Mail:

**info@dentaltiger.de**

Freefax:

**0 800 / 58 92 709**

Bitte beachten Sie: Faxbestellungen können nicht bestätigt werden.

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

BEI BEDARF BESTELLSCHHEIN KOPIEREN.

# AUFTRAGSFORMULAR