

Datum: _____



Name: _____ Tel.: _____

Straße: _____ Fax.: _____

_____ E-Mail: _____

POS.	HERSTELLER	GERÄTETYP	SERIENNUMMER	GARANTIE	
POS.1				JA	NEIN
POS.2				JA	NEIN
POS.3				JA	NEIN
POS.4				JA	NEIN
POS.5				JA	NEIN
POS.6				JA	NEIN

DEFEKTBSCHREIBUNG	
POS.1	
POS.2	
POS.3	
POS.4	
POS.5	
POS.6	

	REPARATURBERICHT	DATUM	US
POS.1			
POS.2			
POS.3			
POS.4			
POS.5			
POS.6			

Preiswerte Dental-Reparaturen aller Marken.

