

Wartungs- und Reparaturauftrag

KUNDENDATEN

Kundennummer

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Fax

E-Mail

KAUFDATUM _____

GERÄTEDATEN

Typ

Seriennummer

EINSENDUNG VON

 Station Handstück Zubehör

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

LEIHGERÄT ERHALTEN

 ja* nein*Bitte beachten Sie unsere
umseitigen Bedingungen!

Um Ihnen eine schnelle und kostengünstige Wartung/Reparatur zu ermöglichen, bitten wir um Ihre Mithilfe. Füllen Sie dafür die unten aufgeführten Punkte entsprechend aus. Vielen Dank im Voraus. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

MIKRODERMABRASION

 Wartung durchführen **Reparatur durchführen** Gerät komplett ausgefallen Schalter defekt/Tastatur ohne Funktion Selbsttest fehlgeschlagen/Menüfehler Serviceanzeige Komfortgerät kein Vakuum/Vakuumanzeige zu hoch kein Kristallfluss/zu viel Kristallfluss Kristalle verbleiben auf der Haut Handstückanschlüsse defekt/undicht Behälter/Gewinde defekt kein Vakuum Fehleranzeige: _____

ULTRASCHALL/SONO/MESO/LIFT

 Wartung durchführen **Reparatur durchführen** Kopf wird nicht eingemessen/erkannt Kopf wird sehr heiß/nicht warm Handstück ohne Funktion Kabel/Stecker defekt Kontaktabbruch/Kopplungsprobleme während der Behandlung bei Kontaktabbruch stoppt der Timer nicht keine Menüauswahl möglich Displayanzeige fehlerhaft Gerät schaltet nicht ein keine Displayanzeige Fehleranzeige: _____

SONSTIGES

Ihr Gerät/Handstück wird von uns nach den im Auftrag angegebenen Fehlern überprüft.

Bitte teilen Sie uns mit, ob wir die im Zuge der Überprüfung zusätzlich festgestellten Fehler reparieren sollen.

Zusätzliche Fehler beheben nicht beheben

KOSTENVORANSCHLAG

Generell erhalten Sie einen Kostenvoranschlag ab einem Reparaturkostenbetrag von 250,00 € netto (zzgl. Versandkosten und MwSt.). Bitte haben Sie Verständnis, dass bei Rücksendungen ohne Reparaturfreigabe 40,00 € netto in Rechnung gestellt werden.

WARTUNG

Sollten im Rahmen der beauftragten Wartung Reparaturen anfallen, werden diese ohne einen separaten Kostenvoranschlag bis zu einem Reparaturkostenbetrag von 250,00 € netto (zzgl. Versandkosten und MwSt.) durchgeführt. Wünschen Sie im Vorfeld einen Kostenvoranschlag, können Sie dies folgend angeben:

Kostenvoranschlag gewünscht



POSTVERSAND

- O Lieferung mit GLS (Standard) 5,95 €
O Lieferung mit DHL 6,95 €

Wir bitten um Verständnis, dass unfreie Pakete nicht angenommen werden!

LEIHGERÄT

Sollten Sie ein Leihgerät erhalten haben, entstehen für Sie, außer den Versandkosten, keine weiteren Kosten für die Dauer der Reparatur. Bitte senden Sie Ihr Gerät innerhalb von 3 Werktagen mit dem beiliegendem Retourenlabel ein.

ZAHLUNGSBEDINGUNGEN (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- O Nachnahme: 8,95 € Bearbeitungsgebühr
O SEPA-Basislastschrift-Mandat

HINWEIS

Seit dem 01.08.2014 ist ein Bankeinzug nur noch mittels SEPA Basislastschrift möglich. Sofern uns kein SEPA Basislastschrift-Mandat vorliegt werden Serviceleistungen der Werkstatt nach Beendigung per Nachnahme an Sie verschickt.

UNTERSCHRIFT _____

DATUM _____

SEPA-BASISLASTSCHRIFT-MANDAT

IONTO Health & Beauty GmbH #
An der RaumFabrik 33b , 76227 Karlsruhe
Name und Anschrift des Zahlungsempfängers
DE14ZZZ00000585985
Gläubiger-Identifikationsnummer
Mandatsreferenz (Bitte hier Ihre Kunden-Nummer eintragen.)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger IONTO Health & Beauty GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift-Verfahren einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger IONTO Health & Beauty GmbH gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen
Straße und Hausnummer
PLZ und Ort

Lieferadresse für Ihre Zusendung:

IONTO Health & Beauty GmbH
Kundendienst
OT Nischwitz . Industriestraße 1 . 04808 Thallwitz

Telefon 0721 9770 666 . Fax 0721 9770 669
service@ionto.de . www.ionto.de

IBAN des Zahlungspflichtigen

IBAN input field

BIC des Zahlungspflichtigen

BIC input field

Ort and Datum (TT/MM/JJJJ)
Unterschrift des Zahlungspflichtigen