

SERVICE – Registrierung

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir haben Ihre Serviceanforderung / Nachricht erhalten und planen den passenden Service für Sie.

Hierzu benötigen wir eine möglichst präzise Problembeschreibung von Ihnen.

Bitte senden Sie uns das beiliegende **Formular** mit folgenden Informationen zurück, damit wir Ihren Serviceauftrag zügig bearbeiten können:

- **Seriennummer des Gerätes**
- **Baujahr des Gerätes**
- **Artikelnummer des Gerätes**
- **Bei Liegen unbedingt die Motordaten**
- **Bei Geräten ohne Typenschild sind Bilder hilfreich**

Mit freundlichen Grüßen

Zimmer MedizinSysteme GmbH
Technischer Service

Tel: 0731-9761-556
E-Mail: service@zimmer.de

SERVICE – RÜCKMELDUNG

Liegen & Medizinische Trainingstherapie



E-MAIL: SERVICE@ZIMMER.DE oder FAX: 0731 9761-273

Kundennummer: _____

Praxis / Firma: _____

Ansprechpartner: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Gerät 1

Art.-Nr. _____ Serien-Nr. _____

Gerät _____ Baujahr _____

Gestellfarbe _____ Polsterfarbe / Typ _____

Beschreibung des Defekts

Gerät 2

Art.-Nr. _____ Serien-Nr. _____

Gerät _____ Baujahr _____

Gestellfarbe _____ Polsterfarbe / Typ _____

Beschreibung des Defekts

Gerät 3

Art.-Nr. _____ Serien-Nr. _____

Gerät _____ Baujahr _____

Gestellfarbe _____ Polsterfarbe / Typ _____

Beschreibung des Defekts

Gerät 4

Art.-Nr. _____ Serien-Nr. _____

Gerät _____ Baujahr _____

Gestellfarbe _____ Polsterfarbe / Typ _____

Beschreibung des Defekts

Um Ihre Anfrage schnellstmöglich bearbeiten zu können, wählen Sie unter folgenden Möglichkeiten:

- Bitte um Rückruf / Support unter _____
- Angebot für Ersatzteilversand
- Kostenvoranschlag gewünscht
- Bestellung für Ersatzteil
- Bestellung für Service-Einsatz

| |
|--|
| <p><u>Öffnungszeiten der Praxis:</u></p> <p>Mo.-Do.:</p> <p>Fr.:</p> |
|--|

Name (in Druckbuchstaben)

Unterschrift

Datum