

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 300,00 € netto (zzgl. Versandkosten und Mwst.). Bitte haben Sie Verständnis, dass bei Rücksendungen ohne Reparaturfreigabe und unrepariert zurück 50,00 € 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 300,00 € netto (zzgl. Versandkosten und Mwst.) durchgeführt.

☐ Kostenvoranschlag gewünscht (unabhängig vom Reparaturkostenbetrag)



Für Abholung des Paketes (Anmeldung telefonisch erforderlich) fallen zusätzlich 8,00€ netto an.

LEIHGERÄT

Sollten Sie ein Leihgerät erhalten haben, entstehen für Sie, außer der Aufbereitungspauschale in Höhe von 15,00 € netto und den Versandkosten, keine weiteren Kosten für die Dauer der Reparatur. Befindet sich Ihr Gerät noch in der Garantie, ist das Leihgerät kostenfrei. Bitte senden Sie Ihr Gerät innerhalb von 3 Werktagen mit dem beiliegendem Retourenlabel ein. Gleiches gilt bei Rückerhalt Ihres reparierten/gewarteten Gerätes nach dem Service: Senden Sie nach Überprüfung unserer Leistung das Leihgerät innerhalb von 3 Werktagen zurück. Nutzen Sie auch hierzu den Retourenaufkleber. Bitte beachten Sie, dass bei Verzug eine Nutzungsgebühr von 10,00 € netto pro Tag fällig wird.

○ SEPA-Basislastschrift-Mandat

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.

DATUM

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. Der Einzug der Lastschrift erfolgt drei Tage nach Rechnungsdatum. Die Frist für die Vorabankündigung (Pre-Notification) wird somit auf drei Tage verkürzt.

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	

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

BIC des Zahlungspflichtigen

Age Group	Percentage
18-24	10%
25-34	20%
35-44	30%
45-54	25%
55-64	15%
65-74	10%
75-84	5%
85+	5%

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