

Reparaturauftrag

SÜDA Mobility Versorgungs- und Arbeitseinheit

Ihre Daten

☐ Neukunde (bitte ankreuzen, falls zutreffend)

Kundennummer

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Kaufdatum

Gerätedaten

Seriennummer

Einsendung von (bitte Zutreffendes ankreuzen)



☐ Versorgungseinheit



☐ Arbeitseinheit

Leihstellung erhalten

☐ ja*

☐ nein

*Bitte beachten Sie unsere umseitigen Bedingungen!

Um eine schnelle Reparatur zu ermöglichen, bitten wir um Ihre Mithilfe. Reinigen Sie die Tasche vor Einsendung. Ungereinigte Taschen werden kostenpflichtig (50,00 € netto zzgl. Versandkosten) zurückgesendet. Für die Reinigung der SÜDA Mobility Versorgungseinheit achten Sie auf folgende Hinweise:

Schritt 1: Entnehmen Sie die herausnehmbaren Elemente aus der Versorgungseinheit und legen Sie sie beiseite. Diese verbleiben bei Ihnen und müssen zur Reparatur nicht eingesandt werden. Saugen Sie die Versorgungseinheit aus und wischen Sie die Innenwände mit einem feuchten Tuch aus.

Schritt 2: Klappen Sie alle aussteifenden Platten auf (siehe Abbildung), um alle vorhandenen Öffnungen auszusaugen.

Schritt 3: Säubern Sie die Taschen auf der Innenseite des Deckels der Versorgungseinheit.



Bitte ankreuzen:

☐ Reparatur durchführen

Fehlerbeschreibung

Mit Beauftragung einer Reparatur geben Sie einen Kostenrahmen bis 300,00 € frei. Bei höheren Kosten erhalten Sie einen Kostenvoranschlag. Bitte haben Sie Verständnis, dass bei Rücksendung ohne Reparaturfreigabe und unrepariert zurück 50,00 € netto (zzgl. Versandkosten) in Rechnung gestellt werden.

☐ Kostenvoranschlag erwünscht

Postversand

Pro Paket/Retourenschein berechnen wir 5,95 € netto, inkl. Verpackung.

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

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

Zahlungsbedingungen

☐ Nachnahme: 8,95 €

☐ SEPA-Basislastschrift-Mandat

Unterschrift

Datum



Lieferadresse für Ihre Zusendung

IONTO Health & Beauty GmbH
Kundendienst
Industriestraße 1 . 04808 Thallwitz

Leihstellung

Sollten Sie eine Leiheinheit erhalten haben, entstehen für Sie, außer der Aufbereitungspauschale in Höhe von 30,00€ 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 Ihre Einheit innerhalb von 3 Werktagen mit dem beiliegendem Retourenlabel ein. Gleiches gilt bei Rückerhalt Ihrer reparierten Einheit nach dem Service: Senden Sie nach Überprüfung unserer Leistung die Leiheinheit 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. Senden Sie uns die Ihnen zur Verfügung gestellte Leiheinheit gereinigt und desinfiziert zurück. Unreine Leihgeräte werden von uns gereinigt. Die Reinigung wird Ihnen mit 45,00 € netto in Rechnung gestellt.

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.

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. 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

IBAN des Zahlungspflichtigen

BIC des Zahlungspflichtigen

Ort

Datum (TT/MM/JJJJ)

Unterschrift des Zahlungspflichtigen