

Retourenformular

PureMotion® Amalgamabscheider-System

Praxis

Name*

Straße/Hausnummer*

PLZ/Ort*

Telefon/E-Mail

Kunden-Nr. (falls vorhanden)

Dental Depot

Name*

Straße/Hausnummer*

PLZ/Ort*

Telefon/E-Mail

Ansprechpartner

Angaben zur Retoure

PureMotion® System*

- M-Serie** M8 M8 backup M4 M2 **Sonstiges System**
- MoS-Serie** M8oS M4oS M2oS
- W-Serie** W4 W2

Seriennummer System*

Rücksendung von (mit Angabe der Seriennummer)*

Komplettes System

Saugmaschine

Steuerung

Grundmodul

Reklamationsbeschreibung*

*Pflichtfelder

Ort, Datum

Unterschrift

