

Retourformulier

PureMotion® amalgaamscheider-systeem

Praktijk

Naam*

Straat/huisnummer*

Postcode/plaats*

Telefoon/e-mail

Klantnummer. (indien bekend)

Dental depot

Naam*

Straat/huisnummer*

Postcode/plaats*

Telefoon/e-mail

Contactpersoon

Retourinformatie

PureMotion® systeem*

- M-serie** M8 M8 backup M4 M2 Overig systeem
MoS-serie M8oS M4oS M2oS
W-serie W4 W2

Serienummer systeem*

Retourzending van (met vermelding van het serienummer)*

- Compleet systeem Zuigmachine
 Besturing Basismodule

Klachtomschrijving*

*Verplichte velden

