

## Auftragsformular für Ihre Reparatur

### 1. Geben Sie Ihre Kundendaten an

Firma	<input type="text"/>	Kunden-Nr.	<input type="text"/>
Kontaktperson	<input type="text"/>		
Adresse	<input type="text"/>		
PLZ, Ort	<input type="text"/>	Land	<input type="text"/>
E-Mail Adresse	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>		

### Rechnungsadresse

Firma	<input type="text"/>	Kontaktperson	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
PLZ, Ort	<input type="text"/>	Land	<input type="text"/>

### Lieferadresse

wie Rechnungsadresse  wie Abholadresse

Firma	<input type="text"/>	Kontaktperson	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
PLZ, Ort	<input type="text"/>	Land	<input type="text"/>

### Abholadresse

wie Rechnungsadresse  wie Lieferadresse

Firma	<input type="text"/>	Kontaktperson	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
PLZ, Ort	<input type="text"/>	Land	<input type="text"/>
UID-Nr.	<input type="text"/>		



## 2. Tragen Sie das Produkt ein

Hersteller	<input type="text"/>	Serien-Nr.	<input type="text"/>
Gerätemodell	<input type="text"/>	Artikel-Nr.	<input type="text"/>
Kaufdatum	<input type="text"/>		
Fehler- beschreibung	<input type="text"/>		
Fehler tritt permanent auf	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Zubehör	<input type="text"/>		
Staging benötigt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	

## 3. Geben Sie die Art Ihres Reparaturauftrags an

Garantieanspruch                       Servicevertrag                       Pickup & bring in

Wenn der Schaden nicht von der Garantie des Herstellers oder von einem bestehenden Servicevertrag abgedeckt wird, reparieren Sie das Gerät einfach direkt OHNE Kostenvoranschlag bis zu € . Darüber hinaus KV erbeten\*.

(\* Das Gerät wird geprüft und ein Kostenvoranschlag erstellt. Zur Deckung des Prüf- und Bearbeitungsaufwands verrechnen wir - falls die Reparatur NICHT ausgeführt werden soll - eine anteilige **Kostenpauschale von € 105,00** (zzgl. MwSt. und Transportkosten).

## 4. Geben Sie die Paketinformationen ein

Original Verpackung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<b>Bei Pickup &amp; bring in</b>	
Paketgewicht	<input type="text"/>	Abholdatum	<input type="text"/>
Versandart	<input type="text"/>	Abholzeitraum	<input type="text"/>

**Versand:** Nach Erhalt Ihres RMA-Formulars mit vergebener RMA-Nr. bitte dieses AUF IHRER SENDUNG GUT SICHTBAR anbringen und die Ware frachtfrei an uns senden.

Ja, ich akzeptiere die [Datenschutzhinweise](#) der sigmavista it consulting gmbh und bin damit einverstanden.

FORMULAR SPEICHERN

