

Wartungs- und Reparaturauftrag

Spezialgeräte

1. KUNDENDATEN

Kundennummer

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Fax

E-Mail

KAUFDATUM _____

2. GERÄTEDATEN

Typ

Seriennummer

3. 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 leisten, bitten wir um Ihre Mithilfe. Füllen Sie dafür die unten aufgeführten Punkte entsprechend aus. Vielen Dank im Voraus.

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 Kristall

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

KOSTENVORANSCHLAG

Generell erhalten Sie einen Kostenvoranschlag ab einem Reparaturkostenbetrag von 180,00€ netto (zzgl. Versandkosten und Mwst.). Bitte haben Sie Verständnis, dass bei Rücksendungen ohne Reparaturfreigabe 35,00€ netto in Rechnung gestellt werden.



POSTVERSAND

Pro Paket/Retourenschein berechnen wir 5,00 € 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!

LEIHGERÄT

Sollten Sie ein Leihgerät erhalten haben, entstehen für Sie, außer den Versandkosten, keine weiteren Kosten für die Dauer der Reparatur. Bitte senden Sie Ihr Gerät innerhalb von 3 Werktagen mit dem beiliegendem Retourenlabel ein. Gleiches gilt bei Rückkehr 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.

ZAHLUNGSBEDINGUNGEN

- Nachnahme, Bezahlung direkt beim Paketboten + 2,00€ Nachnahme-Gebühr
- SEPA-Basislastschrift-Mandat

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.

UNTERSCHRIFT _____

DATUM _____

SEPA-BASISLASTSCHRIFT-MANDAT

| |
|---|
| IONTO Health & Beauty GmbH Greschbachstraße 3, 76229 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 |

Bitte senden Sie das Formular an:

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

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