

# Reparaturschein



Absender / Stempel:

\_\_\_\_\_  
Praxis / Klinik

\_\_\_\_\_  
Name / Ansprechpartner

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl / Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

Reparatur senden an:

**Dr. Fritz Endoscopes GmbH**  
**Almenweg 10**  
**88637 Buchheim**

Sobald Ihr Paket bei uns eingegangen ist und die Reparatur aufgenommen wurde, informieren wir Sie per E-Mail.

Nach einer eingehenden Prüfung erhalten Sie von uns einen Kostenvoranschlag.

Gerätetyp: \_\_\_\_\_ Seriennummer: \_\_\_\_\_

Fehlerbeschreibung:

Sonstiges: