

# AUFTRAGSFORMULAR

Name/Kundennummer: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

## **Let's P Dental**

Dentalreparatur und -Vertrieb

**[www.letsdpdental.de](http://www.letsdpdental.de)**

Bernhardstr. 57

96515 Sonneberg

Tel: 03675/743290

Fax: 03675/702895

Mail: [service@letsdpdental.de](mailto:service@letsdpdental.de)

**Kostenvoranschlag**

bei **nicht** Bestätigung des KVA fällt eine Rücksendegebühr von 8,50 € (netto) an

**Reparatur**

**Gerät u. Gerätebezeichnung:**

Hersteller: \_\_\_\_\_

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

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

Airflowgerät

Handstück

Mikromotor

Schlauch

Technikhandstück

Turbine

Winkelstück

Zahnsteinentferner

**Defekt:**

Lagerschaden

Lauf unrund

Spannzangendefekt

Wärmeentwicklung

Wasser/Spray defekt

**Genaue Fehlerbeschreibung:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum:

Unterschrift/  
Firmenstempel: