

Koordinaten

Standort Gerät Institution : _____
Strasse : _____
PLZ : _____ Ort : _____
Kontaktperson : _____
Funktion Kontaktperson : _____
e-mail : _____ Tel (direkte Nummer) : _____

Rechnungsadresse _____ Rechnungsadresse idem Standortadresse

Institution : _____
Strasse : _____
PLZ : _____ Ort : _____
e-mail für elektronischen Rechnungsversand : _____

Anfrage Kostenvoranschlag für : bitte gewünschtes ankreuzen

- ____ Reparatur / Fehlerbehebung
 - ____ Wartung
 - ____ Reparatur + Wartung (empfohlen)
 - ____ Nachrüstung an bestehendem Gyn-Stuhl (ausziehbare Beinplatte, Seitenschiene, Kolposkophalterung) oder Möbel orbit (Seitenschiene, heizbare Schublade nicht möglich)
 - ____ Wartungsvertrag (bietet 10% auf Arbeitszeit, Anfahrtszeit und mögliche Ersatzteile)
 - ____ Neubezug Kunstleder
 - __ kompletter Neubezug __ Farbe gemäss Original falls noch vorhanden
 - __ neue Farbe, Angabe Farbton : _____
 - ____ Bei Teilbezug für Gyn-Stühle : __ Sitzteil __ Rückentei __ Kopfteil __ Kopfkissen
 - __ Schutzbezug Beinhalter
 - ____ Miete Ueberbrückungsgerät sofern Anlieferung über Rampe oder Lift erfolgen kann
 - ____ Angabe gewünschte Zeitspanne : _____
 - ____ Entsorgung alter Geräte oder Umzug (wird durch unseren Logistikpartner Polysys getätigt)
 - ____ Angabe Dimension zu entsorgendes Gerät : _____ -
 - ____ Ungefähres Gewicht : _____
 - ____ Angabe Zugang (Lift, Treppe, Stockwerk, Rampe ...) : _____
- Der Umzug von Geräten wird nur im Zusammenhang mit einer Wartung angeboten**

Anfrage Ersatzteil-Preisliste zu folgendem Produkt :

Wartungszyklen (vom Hersteller empfohlen, Basis für eine 10-Jährige Lebensdauer)

Gynäkologische Stühle, Patiententransporter : alle 2 Jahre

Operationstische : je nach Gebrauch jährlich oder alle 2 Jahre

Geräte, die älter als 10 Jahre sind, können nicht zwingend repariert werden (Disponibilität Ersatzteile)

Sicht - und Funktionsprüfung sollen bei allen Klasse 1 Geräten jährlich durchgeführt werden (siehe Gebrauchsanweisung)

Ich habe folgende Geräte (siehe Typenschild)



Beispiel Typenschild

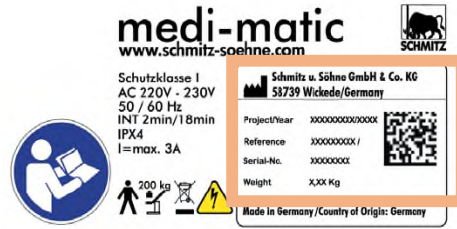


Abb. 73
Beispielhaftes Typenschild des medi-matic®

Angabe Modell (z.Bps. medi-matic) : _____

Angabe Typ (z. Bsp 115.755) : _____ Jahrgang : _____

Wann frei für mindestens 2 Stunden (Tage / Nachmittage, Uhrzeit) : _____

Bei mehreren Modellen - z. Bsp. Spital mit Anfrage Wartungsvertrag - bitte eine excel - Liste mit den Geräten und Standort mitschicken.

**Informationen zu Reparatur : Bitte beschreiben Sie den Defekt (Beispiele, je nach Gerät) :
Falls möglich schicken Sie Fotos des Gerätes mit Defekt als Anhang mit**

Fehlercode ?

Handbedienung / Fussbedienung funktioniert nicht mehr ?

Lampe leuchtet rot ?

Lärm / Knacken bei Motorenbewegung - welcher Motor ? Keine Bewegung mehr ?

Bremsfunktion ?

Batterie defekt ?

Videokolpokop : kein Bild am Monitor ? Kamera hängt durch, nicht mehr solide fixiert ? Bildübertragung ?

Keine konstante Temperatur bei Schalenständer ?

Bitte Formular abspeichern und an die e-mail Adresse : service@schmitz-suisse.ch schicken, wenn möglich im Anhang mit Fotos.