

Versand an:  
apoplex medical technologies GmbH  
1 Delaware Ave. 1-3  
66953 Pirmasens

RMA-Nr. unbedingt eintragen.  
Diese erhalten Sie unter der  
Rufnummer 06331/69899866

RMA-Nr: \_\_\_\_\_  
Kunden-Nummer \_\_\_\_\_  
2 Name/Praxis/Klinik \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr./Fax-Nr. \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Verwenden Sie bei Rücksendungen aller Art diesen Servicebegleitschein, da dadurch die Zuordnung und Bearbeitung des Anliegens beschleunigt wird. Es gelten unsere Allgemeinen Servicebedingungen. Zu finden auf der Rückseite oder auf unserer Webseite ([www.apoplexmedical.de](http://www.apoplexmedical.de)).  
Versand nur per versichertem Paket. Für nicht zugestellte Rücksendungen übernimmt die apoplex medical technologies keine Haftung. Unfreie Sendungen werden im Servicefall nicht angenommen.

3 Rechnungsnummer \_\_\_\_\_  
Rechnungsdatum \_\_\_\_\_

Faxnummer: 06331/69899819

4 Geräteinformationen  
Typ/Bezeichnung \_\_\_\_\_  
Seriennummer \_\_\_\_\_

5 Fehlerbeschreibung  
Grund der Rücksendung Fehler (bei Defekt) Wie oft tritt der Fehler auf  
 Defekt  Aufzeichnung startet nicht  Ständig  
 Falschlieferrung  Rekorder ladet nicht  Sporadisch  
 Sonstiges  EKG-Daten werden nicht aufgezeichnet  Nach \_\_\_ Minuten  
 Sonstiges

Genaue Fehlerbeschreibung (bitte bei Fehlern immer angeben) bzw. weitere Anmerkungen:

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

6 Senden Sie bitte folgende Komponenten ein  
• EKG-Rekorder • Ladegerät • Speicherkarte(n) • Kartenleser  
• EKG-Ableitungskabel • bei Problemen mit der Signalqualität bitte die eingesetzten Elektroden

7 Regulierungswunsch  
 Gewährleistungsreparatur  kostenpflichtige Reparatur  kostenpflichtige Überprüfung  
 Leihgerät für die Dauer der Reparatur (kostenlos bei Gewährleistung, in allen anderen Fällen 59,50 € inkl. Versand)  
Preise inkl. MwSt.

8 Haben Sie an alles gedacht?  
 RMA eingetragen  Fehlerbeschreibung ausgefüllt  Zubehör vollständig beigelegt

9 Unterschrift bitte nicht vergessen! Hiermit bestätigen Sie die Servicebedingungen der apoplex medical tech. GmbH

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift des Einsenders

Achtung! Vor einer Reparatur überprüfen wir Ihren Gewährleistungsanspruch und informieren Sie über eventuell anfallende Kosten.

Von apoplex medical technologies auszufüllen:  
Wareneingang am: \_\_\_\_\_ Bearbeiter: \_\_\_\_\_  
Vollständig:  Ja  Nein  
Gewährleistung:  Ja  Nein Grund \_\_\_\_\_  
Maßnahme:  
 kostenpflichtige Reparatur  Gewährleistung  Austausch  Abgeschlossen