

Kunde

--



**K-Dental**

Dr. Sonnescheinstr. 3  
47906 Kempen  
Tel. 02152-8079741  
Fax. 02152-8079711  
Mail: info@k-dental.de

## Reparatur-Auftrag

Sie erhalten zur Reparatur:

Menge	Bezeichnung	Serien-Nr.	Fehlerbeschreibung

- Reparatur
- Kostenvoranschlag
- Garantie/Reklamation (bitte Rechnung beilegen bzw. angeben)

Bemerkungen:

--

Ansprechpartner:		Telefon:	
E-Mail:		Fax:	

--

(Datum, Unterschrift & Stempel)