



Cryofos Medical GmbH
Service Begleitschein

Wir bitten Sie nachfolgendes Serviceformular genau auszufüllen. Damit tragen Sie zu einer raschen und reibungslosen Abwicklung bei. Bitte legen Sie dieses Formular unbedingt der Gerätesendung bei.

Praxisname: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort, Land: _____

Cryofos Gerätetyp: Praxisgerät

Mobilgerät

Serien - Nr.: _____

Detaillierte Fehlerbeschreibung:

(ggf. Ausdruck oder Bild der Fehlerbeschreibung beifügen)

Rücksendung beigefügt:

kein Ladegerät

Ladegerät (Seriennummer: _____)

Medizinproduktebuch (bei Wartungen oder Instandhaltungsaufgaben muss das Medizinproduktebuch unbedingt beigefügt werden.)

sonstiges: _____

.....

Datum (Stempel / Unterschrift)