

Bei Geräteretouren bitte immer einen Antrag pro Gerät einreichen und der Sendung beifügen

## Antrag für Retouren und Reparaturen

Löwenstein Medical SE & Co. KG  
Servicecenter  
Kreuzwiese 7  
56335 Neuhäusel

Ihre Kundennummer:  
Ihre Referenz:  
Firma:  
Straße, Nr.:  
PLZ, Ort:  
Tel./Fax:  
E-Mail:

Paketnummer der Rücksendung:

Abweichende Lieferanschrift:

Einsendegrund:

Firma:  
Straße, Nr.:

FSN- / FSCA-Nummer (bitte bei korrektiven Maßnahmen angeben)

PLZ, Ort:  
Tel./Fax:

### Waren- / Artikelinformationen:

Produktbezeichnung:	Artikelnummer:	Serien-/ LOT-Nummer:	Menge

### Detaillierte Fehlerbeschreibung:

### Zur Verkürzung der Reparaturzeiten bitte ausfüllen:

Reparatur kann ohne Kostenvoranschlag bis zu einer Höhe von \_\_\_\_\_ Euro (brutto) durchgeführt werden.

Erforderliche Arbeiten können ohne Kostenvoranschlag sofort durchgeführt werden.

Datum:

Unterschrift:

Bitte senden Sie das Formular

- als Händler vorab per Fax: 0 26 03 / 96 00 - 988 oder per E-Mail an: [haendler@loewensteinmedical.com](mailto:haendler@loewensteinmedical.com)

- als Klinikkunde vorab per Fax: 0 26 03 / 96 00 - 896 oder per E-Mail an: [linik@loewensteinmedical.com](mailto:linik@loewensteinmedical.com)