

Returformulär

PureMotion® amalgamavskiljningssystem

Praktik

Namn*

Gata/nummer*

Postnr/ort*

Telefon/e-post

Kund-nr (om sådant finns)

Dental Depot

Namn*

Gata/nummer*

Postnr/ort*

Telefon/e-post

Kontaktperson

Uppgifter om returen

PureMotion®-system*

- M-serie M8 M8 backup M4 M2 Annat system
- MoS-serie M8oS M4oS M2oS
- W-serie W4 W2

Systemets serienummer*

Retur av (med uppgift om serienummer)*

- Komplet System sugmaskin
- Styrning Grundmodul

Reklamationsbeskrivning*

*Obligatoriska fält

Ort, datum

Underskrift

