



Silva Schneider Handelsges.m.b.H., Gewerbeparkstraße 7, A - 5081 Anif

Fax an: 06246/73581-47

Tel. 06246/73581-22 / 24

Kunde: _____

Adresse: _____

(Stampiglie)

Freigabenummer: _____

Begründung der Ablehnung:

Rückfax an _____

Bitte Fax-Nummer eintragen

Ort

Datum

Detaillierte,
spezifische
Fehlerbeschreibung:

(„defekt, keine Funktion....“
ist **keine** Fehlerbeschreibung.)

Gerät:

Typenbezeichnung:

Serien-Nr.

- ☐ Gerät wurde dem Kunden ausgetauscht
☐ Kunde hat Gutschrift erhalten

Kundendaten

Kaufdatum:

Name/Vorname:

Straße:

Postleitzahl. Ort:

Telefon:

Unterschrift des Kunden

- ☐ Gerät steht zur Überprüfung bereit und wird
nach 14 Tagen vernichtet

Unterschrift des Ausstellers
(Namen daneben bitte in Blockschrift)

Unterschrift den Marktleiters/GF
(Namen daneben bitte in Blockschrift)

Bitte unbedingt eine
Kopie des Kaufbeleges
beifügen, da sonst
keine Bearbeitung
möglich ist

OHNE KAUFBELEG BESTEHT KEIN GARANTIEANSPRUCH!! Auf Glas- und Kunststoffbruch, unsachgemäßen Gebrauch (z.B. Verkalkung etc.) sowie Eigenverschulden besteht kein Garantieanspruch!!