

Zahnrücksendung

(Bitte dieses Formular der Zahnrücksendung ausgefüllt beilegen)



Praxis-/Laborstempel

| |
|---------------|
| Kundennummer: |
|---------------|

Tel.: +49 (6471) 509568
Fax: +49 (6471) 9273800
E-Mail: info@med-dent24.com

Rücksendung an:
Med-Dent24
Kleiner Biergrund 17
63065 Offenbach

| Hersteller | Zahnsorte | Anzahl angerissene Garnituren | Anzahl Zähne |
|------------|-----------|-------------------------------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Ort, Datum

Unterschrift

Bei Rückgabe bitte folgendes beachten:

- Sendungen bitte ausreichend frankieren (unfreie Sendungen werden nicht angenommen)
- Die Zähne nur im Päckchen oder Paket zurücksenden (Briefumschläge könnten aufreißen)
- Angeschliffene Zähne werden nicht gutgeschrieben
- Versteckte Zähne werden nicht gutgeschrieben