

## Verbindliche Serviceanforderung

### Besteller

Kundennummer \_\_\_\_\_  
Projekt / - Nr. \_\_\_\_\_  
Firma / Einrichtung \_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Besteller \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
System \_\_\_\_\_  
Schalterprogramm \_\_\_\_\_

**abweichende Rechnungsadresse**

Firma \_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_

**Anlagenstandort**

Firma \_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_

### Rückversand Formular an

**VAROLUX GmbH & Co. KG**  
Mittelweg 3  
39179 Barleben OT Meitzendorf

Tel. 039202/691-0  
E-Mail [verkauf@varolux.com](mailto:verkauf@varolux.com)  
Fax 039202/691-12

### Fehlerbeschreibung

Sie benötigen die Unterstützung durch einen Servicetechniker. Bitte notieren Sie im Folgenden eine kurze Fehlerbeschreibung. Wie äußert sich der Fehler? Ist das ganze Haus betroffen oder einzelne Zimmer / Etagen? Sind auch andere technische Anlagen betroffen, die mit der Schwesternrufanlage verbunden sind? Haben Sie weitere Hinweise, die zur Fehlerbehebung beitragen könnten?

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Unterschrift, Stempel