

Ihre Adresse und Kontaktangaben

Diese Angaben sind wichtig für den Rückversand

Name / Firma: _____

Vorname: _____

Strasse: _____ Nummer: _____

PLZ: _____ Stadt: _____

Land: _____ Tel.-Nr: _____ E-Mail: _____

Eingang: _____

Erledigt: _____

Bezahlt: _____

iPhone Modell:

iPhone 3G 8GB

iPhone 3G 16GB

iPhone 3GS 8GB/16GB

iPhone 3GS 32GB

iPhone 4 16GB

iPhone 4 32GB

iPad 16/32/64GB

Seriennummer Ihres iPhones: (Bitte unbedingt angeben)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

eMail für Rückfragen: info@phoneklinik.com

Ihre Angaben zum Auftrag | **Shop-Bestellnummer:** _____

Reparatur-Freigabebetrag*: _____	Kostenvoranschlag	Sonstiges (falls nicht aufgelistet)
iPhone/iPad LCD-Wechsel		_____
iPhone/iPad Glasfront-Wechsel		_____
iPhone/iPad Wasserschaden		_____
iPhone/iPad Akkuwechsel		_____
iPhone/iPad Backcover-/Gehäusewechsel		_____
iPhone/iPad Empfangsproblem		_____
iPhone/iPad Lautsprecher oder Mikrofon Problem		_____
iPhone/iPad Tasten-Problem (Lautstärke, Home-Button,...)		_____
iPhone/iPad geht nicht mehr an		_____
iPhone/iPad Softwarebehandlung auf Firmware: _____		_____

Versand und Zahlungsweise:

Ich bezahle die Reparatur:

in Bar (bei Abholung oder liegt in Bar bei)

per PayPal an: info@phoneklinik.com

per Überweisung an:

Empfänger : PhoneKlinik.com

Konto : 652029558

BLZ: 70020270

Bank : Hypo München

IBAN : DE66700202700652029558

BIC/SWIFT: HYVEDEMMXXX

Mit Ihrer Unterschrift beauftragen Sie uns in Ihrem Namen, eine Reparatur gemäß unseren AGB vorzunehmen.

*Bis zu diesem Betrag wird ohne Rücksprache repariert.

Datum und Unterschrift

Bitte verschicken Sie Ihr iPhone ausschließlich versichert