



RMA-Formular (nur für deutsche Behörden)

Rücksendeadresse:

Clement EDP Consultants
 Grimmelshausenstrasse 40
 63526 Erlensee

Bevor Sie uns Ihr defektes Gerät zusenden, prüfen Sie bitte, ob ein Gewährleistungsanspruch besteht.

Der Gewährleistungsanspruch ist ausgeschlossen, wenn:

- das Kaufdatum liegt mehr als 12 Monate zurück
- das Gerät äußerlich beschädigt wurde
- bei unsachgemäßer Verwendung

Bitte beachten Sie, dass wir Ihre Sendung nur mit einem vollständig ausgefüllten RMA-Formular bearbeiten können!

Ihre Kontaktdaten

Firma	
Name	
E-Mail	
Telefon (für Rückfragen)	

Vollst. Adresse zur Geräte-Rücksendung

Angaben zum defekten Gerät *PFLICHTFELDER

Kaufdatum* Ohne Angabe des Kaufdatums ist eine Bearbeitung nicht möglich.	
Erworben von (Firma)	
AirID Seriennummer* Diese finden Sie im AirID Menü unter "AirID Info" oder auf der Verpackung.	
Art des Defekts* (bitte ankreuzen) Bitte beschreiben Sie den Fehler so genau wie möglich. Ohne Fehlerangaben können wir Ihre Einsendung nicht bearbeiten und müssen diese ggf. kostenpflichtig wieder zurücksenden.	<input type="checkbox"/> Gerät lässt sich nicht mehr einschalten <input type="checkbox"/> Smartcard nicht lesbar <input type="checkbox"/> USB Port defekt <input type="checkbox"/> Display defekt <input type="checkbox"/> Schalter/Tasten/Buttons defekt <input type="checkbox"/> SW Probleme (Bitte Angabe ihrer FW/SW Version) <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte beschreiben)

Nur vom Distributor auszufüllen

Sendung eingegangen am (TT.MM.JJJJ)	
Besteht grundsätzlich Gewährleistung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Pflichtfelder ausgefüllt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fehlerangabe reproduzierbar, erkennbar	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gewährleistungsanspruch berechtigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, da <input type="checkbox"/> physische Beschädigung des Gehäuses <input type="checkbox"/> unsachgemäßer Einsatz / Verwendung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Rücksendung	<input type="checkbox"/> ERSATZLIEFERUNG: Neugerät als Ersatz (Altgerät nach AirID) Mit neuer S/N: _____ <input type="checkbox"/> Kunde wurde informiert und es wurde kostenpflichtige Rücksendung vereinbart Kontaktperson Kunde & Datum
Verschrottung	<input type="checkbox"/> Kunde wurde informiert und hat der Verschrottung zugestimmt. Kontaktperson Kunde & Datum
Kontroll-Mitarbeiter: Name / Unterschrift / Datum	

Nur vom Hersteller auszufüllen

Sendung eingegangen am (TT/MM/JJJJ)	
RMA Nr. / Eingetragen am:	
Ergebnis technischer Analyse	