

## SCHADENFREIHEITSBESTÄTIGUNG

### KUND:INNEN - DATEN

Name \_\_\_\_\_

Straße, Nummer \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Als Akustik-Fachbetrieb bestätigen wir, dass die Hörsysteme

#### linke Seite

Marke \_\_\_\_\_

Seriennummer \_\_\_\_\_

#### rechte Seite

Marke \_\_\_\_\_

Seriennummer \_\_\_\_\_

in einem einwandfreien Zustand sind und keine Defekte oder Beschädigungen ersichtlich sind.

\_\_\_\_\_  
Datum

  X    
Unterschrift AKUSTIK-Fachbetrieb



**WIR SCHÜTZEN  
AUCH GEBRAUCHTE  
HÖRSYSTEME**