



DENTAL SERVICE SEVIM

* Auftragsdatum

Ihre Referenz

Auftraggeber

Leistungsort

* Name:

* Name:

* Straße:

* Straße:

* PLZ/Ort:

* PLZ/Ort:

* Telefon:

* Telefon:

* Mobil:

Ansprechperson:

* -Mail:

Terminwunsch:

Geräteinfos

* Gerätetyp

* Serien-Nr.

Softwareversion

* Beschreibung

Konditionen

Arbeitszeit je angefangene Abrechnungseinheit (15 Minuten)	23,50 €
Anfahrtpauschale bis 50 km Entfernung (Zone 1)	60,00 €
bis 100 km Entfernung (Zone 2)	120,00 €
bis 200 km Entfernung (Zone 3)	180,00 €
ab 200 km Entfernung	nach Vereinbarung

Zuzüglich Park- und Übernachtungskosten, Abrechn. erfolgt nach Belegen.

Die oben genannten Preise sind Netto-Listenpreise Stand Juni 2020.

Der Auftrag gilt ab Eingang des unterschriebenen Serviceauftrags als erteilt.

Zur reibungslosen Einsatzplanung bitte ich Sie das vollständig ausgefüllte Dokument unterzeichnet an folgende E-Mailadresse zu senden:

dental@service-sevim.de

* Ich habe die Bestimmungen gelesen und stimme diesem Auftrag zu

* Name

* Datum

* Unterschrift

Stempel