

SERVICE ORDER FORM

FORMULAIRE DE COMMANDE DE SERVICE

Please include this form when sending your handpiece for repair.
Veuillez remplir et envoyer ce formulaire avec votre équipement.

CUSTOMER NO. N ^o CLIENT		PURCHASE NO. N ^o BON DE COMM.	
NAME NOM			
CLINIC CLINIQUE			
ADDRESS ADRESSE			
PHONE TÉL.		FAX TÉLÉC.	
EMAIL COURRIEL			

ESTIMATE REQUIRED yes no
ESTIMATION REQUISE oui non

Estimate only provided for any service charge above \$150
Estimation seulement fournie pour toute charge de travail excédant 150\$.

REPAIR WARRANTY (ATTACH PROOF)
RÉPARATION GARANTIE (JOINDRE PREUVE)

PROMOTION CODE CODE PROMOTIONNEL		<input type="text"/>
ITEM ARTICLE	SERIAL NO. N ^o SÉRIE	
ITEM ARTICLE	SERIAL NO. N ^o SÉRIE	
ITEM ARTICLE	SERIAL NO. N ^o SÉRIE	
COMMENTS COMMENTAIRES		
AUTHORIZATION SIGNATURE SIGNATURE D'AUTORISATION		
REQUESTED BY DEMANDÉ PAR	DATE DATE	

The Handpiece Clinic Inc.
800 Industrial Ave., Unit 1
Ottawa, ON K1G 4B8

toll-free: 1-888-363-9633
info@thehandpiececlinic.com
www.thehandpiececlinic.com