

Abgabestelle

Diagnose Annahme

1. Auftraggeber

*Pflichtfeld

Firma	<input type="text"/>	Vor- u. Nachname*	<input type="text"/>
Straße, Hs.-Nr.*	<input type="text"/>	PLZ, Ort*	<input type="text"/>
Land*	<input type="text"/>	E-Mail*	<input type="text"/>
Telefon*	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>

2. Technische Angaben

Datenträgertyp*:	<input type="text"/>	Datenträgergröße:	<input type="text"/>
Beschreibung des Defekts*:	<input type="text"/>		

Wurden bereits Versuche zur Datenrettung unternommen?* Ja Nein

Wenn ja, was wurde am Datenträger durchgeführt?*

Sind Ihre Daten verschlüsselt?* Ja Nein

Speichermedium für die geretteten Daten mit abgeben?* Ja Nein

3. Diagnoseservice

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Standard Diagnose (Bearbeitung in 3 – 4 Werktagen) | - kostenfrei |
| <input type="checkbox"/> Priorisierter Service (Bearbeitung in 1 – 2 Werktagen) | - 89,00 EUR zzgl. MwSt. <input type="checkbox"/> PayPal <input type="checkbox"/> Bar |
| <input type="checkbox"/> Express-Service (Sofortige Bearbeitung) | - 149,00 EUR zzgl. MwSt. <input type="checkbox"/> PayPal <input type="checkbox"/> Bar |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die **Allgemeinen Geschäftsbedingungen** der Devenia Communications GmbH & Co. KG gelesen habe und diesen zustimme.

Ort, Datum*

Unterschrift*