

PRODUKTBESCHWERDE

☐ Frau ☐ Herr Firmenname:

.....
Titel Name Vorname

.....
Straße, Hausnummer PLZ Ort

.....
Rufnummer Kundennummer

Arzneimittel: ☐ Ja ☐ Nein Stückzahl: Verfalldatum:

Artikelnummer:

Name des Herstellers:

Produktbezeichnung:

Chargen-Nr./LOT:

Bei Geräten Serien-Nr.:

Ist Patient/Anwender/Dritter zu Schaden gekommen? ☐ Ja ☐ Nein

Reklamationsgrund: **Achtung:** ☐ Produkt wurde verwendet!

.....
.....
.....
.....
.....

Garantie	Gutschrift	Kosten- voranschlag	Reparatur	Ersatzlieferung	Defekte Neuware	Schriftliche Stellungnahme
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

.....
Ort, Datum Unterschrift

Bitte unbedingt bei jeder Rücksendung eine Lieferschein- oder Rechnungskopie beilegen

<u>DV Intern</u> Bearbeitet durch: bearbeitet am: Telefonnummer: Niederlassung:	Bemerkung:
Zurück zum Hersteller ☐ Zurück zu DU ☐ Entsorgung ☐	