

Formular
Reklamation



Ansprechpartner:

Frau

Herr

Firma:

.....
Name

.....
Vorname

Praxis/Labor:

.....
Name

.....
Kundennummer

Arzneimittel: Ja Nein

Stückzahl:

Verfalldatum:

Artikelnummer:

Rechnungsnummer:

Produktbezeichnung:

Chargen-Nr./LOT:

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

Reklamationsgrund:

Achtung: Produkt wurde verwendet!

Dekontaminationsnachweis liegt vor!

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

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Garantie | Gutschrift | Kosten-
voranschlag | Reparatur | Ersatzlieferung | Defekte
Neuware | Schriftliche
Stellungnahme |
| <input type="checkbox"/> |

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift / Stempel

Bitte unbedingt jeder Rücksendung eine Lieferschein- oder Rechnungskopie beilegen.

AR Instrumed DE GmbH Intern	Bemerkung:	
bearbeitet durch:	
bearbeitet am:	
Reklamationsnummer:	
Gutschrift <input type="checkbox"/>	Zurück zum Hersteller <input type="checkbox"/>	Entsorgung <input type="checkbox"/>