


<p>FO Seite: 1 von 1 Revisionsstand: 02</p>	<p><u>Formular</u> Reklamation</p>	
--	---	--

Depot-/Ansprechpartner:

Frau Herr Depot:

.....
Name Vorname

Praxis/Labor:

.....
Name 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!**
 Dekontaminationsnachweis liegt vor!

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

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

.....
Ort, Datum Unterschrift / Stempel

Bitte unbedingt jeder Rücksendung eine Lieferschein- oder Rechnungskopie beilegen.

<p><u>DENTAL-UNION GMBH Intern</u></p> <p>bearbeitet durch:</p> <p>bearbeitet am:</p> <p>Reklamationsnummer:</p>	<p>Bemerkung:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
Gutschrift <input type="checkbox"/>	Zurück zum Hersteller <input type="checkbox"/>	Entsorgung <input type="checkbox"/>