


FO Seite: 1 von 1 Revisionsstand: 01	Formular Reklamation Complaint	
---	---	---

Depot [Depot]:		Sachbearb. [Contact]:		Interne Nr. [internal no.]	
Niederlassung [Subsidiary]:		Telefon [Fon]:			
Bitte unbedingt jeder Rücksendung eine Lieferschein- oder Rechnungskopie beilegen [Please attach necessarily a copy of the invoice or a delivery note for each return]					
Kunden-Anschrift [Customer-Address] :				Kd.-Nr. [Customer no.]:	
Ansprechp. [contact] :				Telefon [Fon]:	
DU-Artikelnummer: [DU-article no.]				Stückzahl: [Amount]	
Name des Herstellers: [Name of producer]		Arzneimittel? [medicinal product?]		<input type="checkbox"/> ja [yes] <input type="checkbox"/> nein [no]	
Produktbezeichnung: [Description of product]					
Chargen-Nr./LOT: [Charge no. / LOT]			Verfalldatum: [Expiry date]		
bei Geräten Serien-Nr.: [for devices, serial no.]					
Ist Patient/Anwender/Dritter zu Schaden kommen? <input type="checkbox"/> ja [yes] <input type="checkbox"/> nein [no] [Did patient/user/third party get injured?]					
Reklamationsgrund: [Reason for complaint]				ACHTUNG: <input type="checkbox"/> Produkt wurde verwendet !!! [ATTENTION, product is used]	
Garantie [Guaranty]	Gutschrift [Credit note]	schriftl. Stellungnahme [written comment]	Kostenvoranschlag [Cost estimate]	Reparatur [Repair]	Ersatzlieferung [Replacement]
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LS bzw Rechnung beilegen [attach inoice/delivery note]					
Datum [Date]:			Unterschrift [Signature]:		

von Dental-Union auszufüllen:	Bemerkung:
Bearbeiter/in DU:	
Bearbeitung am:	
zurück zum Hersteller <input type="checkbox"/>	Entsorgung <input type="checkbox"/>