Familienunternehmen seit 1911

GERL. DENTAL

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 jeder Rücksendung eine Lieferschein- oder Rechnungskopie beilegen.

GERL. Intern	Bemerkung:
bearbeitet durch:	.....
bearbeitet am:	.....
Telefonnummer:	.....
Niederlassung:	.....
Zurück zum Hersteller ☐	Zurück zur DU ☐ Entsorgung ☐

GE - F - QM - C