



Qualitätsmanagement-Handbuch
Reklamation (nicht für Arzneimittel)
Complaint (not for medical products)

FO
Seite: 1 von 1
Revisionsstand: 05

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]						
Produktbezeichnung: [Description of product]						
Chargen-Nr./LOT: [Charge no. / LOT]				Verfalldatum: [Expiry date]		
bei Geräten Serien-Nr.: [for devices, serial no.]						
Reklamationsgrund: [Reason for complaint]		ACHTUNG: <input type="checkbox"/> Produkt wurde verwendet !!! [ATTENTION, product is used]				
Garantie [Guaranty] <input type="checkbox"/>	Gutschrift [Credit note] <input type="checkbox"/>	schriftl. Stellungnahme [written comment] <input type="checkbox"/>	Kostenvoranschlag [Cost estimate] <input type="checkbox"/>	Reparatur [Repair] <input type="checkbox"/>	Ersatzlieferung [Replacement] <input type="checkbox"/>	Defekte Neuware [Defect new goods] <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"/>