|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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?] | [ ]  ja [yes][ ]  nein [no] |
| Produktbezeichnung:[Description of product] |       |
| **Chargen-Nr./LOT:       Verfalldatum:**[Charge no. / LOT] |       | Verfalldatum:[Expiry date] |       |
| bei Geräten Serien-Nr.:[for devices, serial no.] |       |
| **Ist Patient/Anwender/Dritter zu Schaden kommen?** [ ]  ja [yes] [ ]  nein [no]**[Did patient/user/third party get injured?]** |
| Reklamationsgrund: ACHTUNG: [ ]  Produkt wurde verwendet !!![Reason for complaint] [ATTENTION, product is used]      |
| **Garantie**[Guaranty][ ]  | **Gutschrift**[Credit note][ ]  | **schriftl. Stellung-nahme**[written comment][ ]  | Kostenvoranschlag[Cost estimate][ ]  | **Reparatur**[Repair][ ]  | **Ersatzlieferung**[Replacement][ ]  | **Defekte Neuware**[Defect new goods]**[ ]**  |
| 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** [ ]  | **Entsorgung** [ ]  |