

DOK-52 RÜCKSENDEFORMULAR

BITTE SENDEN SIE NUR AUFBEREITETE WARE ZURÜCK!

 best medical GmbH
Heudorfer Straße 32
D-78576 Emmingen-Liptingen
Fon: +49 (0) 7467 910590-0
Fax: +49 (0) 7467 910590-20
Mail: info@bestmedical.biz
www.bestforsurgery.com

Sehr geehrter Kunde,

bitte senden Sie im Falle einer Rücksendung vorab dieses Formular vollständig ausgefüllt an folgende E-Mail-Adresse info@bestmedical.biz und bringen Sie anschließend dieses Formular **außen** am Paket an. Vielen Dank.

1. Firmendaten:

Firmenname:	<input type="text"/>	Ansprechpartner:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>

2. Sind die Produkte noch originalverpackt und ungebraucht? Ja Nein

3. Sind die Produkte schon verwendet worden? Ja Nein

Sollten Sie die Produkte bereits verwendet haben, bitten wir Sie sicherzustellen, dass die Produkte vor der Rücksendung aufbereitet wurden und nachfolgenden **Dekontaminationsnachweis** auszufüllen! Nicht aufbereitete Produkte werden von uns ungeöffnet und unfrei wieder an Sie zurückgesandt. Bei Zuwiderhandlung werden Sie im Schadensfall zur Verantwortung gezogen.

Dekontaminationsnachweis

- Reinigung und Desinfektion gem. DIN EN ISO 15883
- Optional: Sterilisation gem. DIN EN ISO 17665

Datum, Unterschrift für Dekontaminationsnachweis

Hiermit bestätigen wir die ordnungsgemäße Reinigung, Desinfektion und optional die Sterilisation nach nationalen Standards und Richtlinien.

4. Warum senden Sie Produkte zurück?

- 4.1 Meldepflichtiger Vorfall gem. MPSV § 3
Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung MPSV: www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/mpsv/gesamt.pdf
Falls Sie diesen Punkt markiert haben sind weitere Informationen zwingend unverzüglich erforderlich.
Bitte kontaktieren Sie uns umgehend per E-Mail an meldung@bestmedical.biz.
- 4.2 Falschlieferung (bitte die Punkte 4 - 6 ausfüllen)
- 4.3 Reklamation (bitte die Punkte 4 - 6 ausfüllen)
- 4.4 Reparatur (bitte die Punkte 4, 7 ausfüllen)
- 4.5 Mustersendung oder anderer Rücksendegrund (bitte erläutern)

Ort:

Datum:

Stempel:

Unterschrift: _____

DOK-52 RÜCKSENDEFORMULAR

BITTE SENDEN SIE NUR AUFBEREITETE WARE ZURÜCK!

 best medical GmbH
Take-Off-Gewerbepark 3
D-78579 Neuhausen ob Eck
Fon: +49 (0) 7467 910590-0
Fax: +49 (0) 7467 910590-20
Mail: info@bestmedical.biz
www.bestforsurgery.com

5. Angaben zum Produkt:

Artikel Nr.	Artikel-Beschreibung	LOT/Serien-Nr.	Stück	Rechnung-Nr.	Lieferschein-Nr.
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					

6. Angaben zum Grund:

- Die Ware wurde vom Kunden falsch bestellt (bitte erläutern).
- Die Ware wurde falsch beschriftet (bitte erläutern).
- Die Ware entspricht nicht den Vorgaben der best medical GmbH Kataloge.
- Die Ware wurde vom Anwender nicht ordnungsgemäß verwendet.
- Die Ware ist defekt.
- Mustersendung oder anderer Rücksendegrund (bitte erläutern).

Interner Vermerk: _____

7. Angaben zur Reparatur:

Alternativ können Sie auch einen selbst erstellten Reparaturlieferschein mitsenden.

Artikel Nr.	Artikel-Beschreibung	LOT/Serien-Nr.	Stück	Rechnung-Nr.	Lieferschein-Nr.
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					

Auszuführende Aktionen:

- Instrumente kostenpflichtig reparieren, zu vereinbarten Konditionen.
- Kostenvoranschlag für alle Reparaturen erstellen.
- Bei nicht reparablen Instrumenten Ersatz anbieten (falls im Sortiment der best medical GmbH verfügbar).
- Bei nicht reparablen Instrumenten Ersatz liefern zu vereinbarten Konditionen (falls im Sortiment der best medical GmbH verfügbar).
- Sonstiges (bitte erläutern)