ORTHO ORGANIZERS GmbH Deutschland

Pelz und Companion GmbH

Rücksendeformular u. Dekontaminations-Zertifikat

Zur Reparatur- u. Reklamationsabwicklung benötigen wir immer die gültige RMA-Nummer! Diese erfragen Sie bitte vor jeder Rücksendung telefonisch oder per E-Mail und **bringen diese gut sichtbar außen am Rücksendepaket an.** Dieses Formular **MUSS JEDER** Rücksendung/Reparatur/Reklamation von Ihnen beigelegt werden. **Eine Bearbeitung ohne gültiges, unterschriebenes und abgestempeltes Dekontaminations-Zertifikat ist aufgrund des gesetzlichen Arbeitsschutzes (ArbSchG) und des Schutzes der Gesundheit unserer Mitarbeiter nicht möglich. Ware, die nicht dekontaminiert an uns zurückgeht, wird von uns umgehend an den Kunden zurückgesandt.** Achten Sie bei der Versendung auf korrekte und geeignete Verpackung, um Verletzungen unseres Personals im Wareneingang zu vermeiden. Im Falle einer unberechtigten Reklamation ist die Rücksendung der Ware kostenpflichtig.

KD-NR: _____ **Datum:** _____

Name: _____ **RMA-Nr.:** _____

Stk.	Art.Nr.	Art.bezeichnung	LOT	Rechnungs-Nr.	Rechnungsdatum

Fehlerursache (Wie wurde es benutzt, Wann ist es passiert, Gab es besondere Umstände, die zum Vorfall führten, etc.):

Fehler (Check)	**Fehlerbeschreibung Kunde:**
☐ Gebrochen	
☐ Defekt	
☐ Falsche Liefermenge	
☐ Lieferung dauerte zu lange	
☐ Falsches Produkt geschickt	
☐ Falsches Produkt bestellt	
☐ Doppelt bestellt	☐ Materialfehler ☐ Anwenderfehler
☐ Etikettierung / Verpackung	
☐ Andere (detailiert beschreiben)	

Ich bestätige hiermit, dass: (entsprechendes Kästchen bitte ankreuzen)

☐ das anbei liegende Medizinprodukt NICHT mit Blut oder Körperflüssigkeiten in Kontakt gekommen ist und hygienisch unbedenklich ist.

☐ das anbei liegende Medizinprodukt mit Blut oder Körperflüssigkeiten in Kontakt gekommen ist. Es wurde gereinigt und dekontaminiert:

☐ Dampfsterilisation (3 Min. bei 134°C bzw. 15 Min. bei 121°C)

☐ Anderes Verfahren (bitte angeben):

☐ das anbei liegende Medizinprodukt NICHT dekontaminiert werden musste, da es nicht im medizinischen Gebrauch war.

Bei Rückfragen bitte nachfolgende Person/en kontaktieren:

Name: Telefonnummer: Mail:

Aufbereitet von:		Unterschrift:		Klarschrift:	
am:		Praxisstempel		Datum:	