

Formato de retorno y Certificado de descontaminación

Para el proceso de reparación y reclamación requerimos siempre de un número de retorno válido (RMA)! Por favor solicite por teléfono ó por correo electrónico el número de RMA y **anótelo de manera visible afuera del paquete** . Este formulario debe acompañar **a cada retorno**. No podremos procesar su envío si éste no cuenta con su correspondiente certificado de descontaminación firmado y sellado, apegándonos a la ley alemana de protección de la salud de los trabajadores (ArbSchG) y para la protección de la salud de nuestros colaboradores. La mercancía que nos envíen sin descontaminar, será enviada de regreso de manera inmediata. Para el envío de un retorno, procure un empaque adecuado para evitar lesiones a nuestro personal en el área de recepción. En el caso de una reclamación improcedente, los gastos de retorno correrán por su cuenta.

Cliente número: _____	Fecha: _____
Nombre: _____	Número RMA: _____

Cantidad	Número de referencia	Descripción del artículo	Lote	Fecha de envío	Factura número	Fecha de la factura

Causa de la falla (cómo fue utilizado cuál es el problema, cuándo sucedió, hubo circunstancias especiales que pudieron provocar el incidente, etc):

<p>Falla (cruce por favor)</p> <p><input type="checkbox"/> Artículo fracturado</p> <p><input type="checkbox"/> Defectuoso</p> <p><input type="checkbox"/> Cantidad enviada errónea</p> <p><input type="checkbox"/> El envío demoró demasiado</p> <p><input type="checkbox"/> Producto recibido incorrecto</p> <p><input type="checkbox"/> Producto ordenado incorrecto</p> <p><input type="checkbox"/> Ordenamos doble</p> <p><input type="checkbox"/> Etiquetado / empaque</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (detalle por favor)</p>	<p>Descripción de la falla de parte del cliente:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Falla en el material <input type="checkbox"/> Falla en el uso</p> <hr/> <hr/>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Por la presente confirmo que: (marque la casilla correspondiente)

El dispositivo médico adjunto NO ha estado en contacto con sangre ó fluidos corporales y es higiénicamente seguro

El dispositivo médico adjunto ha estado en contacto con sangre ó fluidos corporales. Fue limpiado y descontaminado:

Esterilización con vapor (3 minutos a 134 ° C ó 15 minutos a 121 ° C).

Otro procedimiento (por favor especifique).

El dispositivo médico adjunto NO tuvo que ser descontaminado porque no estuvo en uso médico.

Para aclaraciones, comuníquese con la (s) siguiente (s) persona (s):

Nombre: _____ Número telefónico: _____ Correo electrónico: _____

Preparado por:		Firma:		Nombre:	
Fecha elaboración:		Sello de la clínica / consultorio :		Fecha de certificación:	