

Reklamation bei Unverträglichkeit

Bitte füllen Sie bei Unverträglichkeiten bei Einnahme unseres Produktes untenstehendes Formular aus.

Datum: Kundennummer: Reklamationsnummer:

Melder

Händler Endkunde

Name:

Adresse:

E-Mail: Telefon-/Faxnummer:

Produkt

Name:

PZN: Charge: Ablauf:

Wann gekauft? Wo gekauft?

Reklamation

Begründung:

Allgemeine Informationen

Wie viele eingenommen?

Wie lange eingenommen?

Allergien? ja nein

Zusätzliche Medikamente? ja nein

Arzt kontaktiert? ja nein

Fachkundige Person kontaktiert? ja nein

Bitte nicht ausfüllen - vom Händler auszufüllen

INTERN- Reklamation berechtigt? ja nein

Wenn ja - Behebung durch:

EXTERN- Hersteller kontaktieren? ja nein

Gutschrift? ja nein

Ersatzlieferung? ja nein

Packung retournieren? ja nein

Rücksendenummer:

Reklamation abgelehnt? ja nein

Sonstiges:

Bei Arzneimitteln - Kontaktierung des Herstellers?

ja nein

Wenn ja - Behebung durch:

Abgeschlossen am:

In Liste eingetragen? ja nein

Bearbeitet von:

am: