

Ware
 Endoskop
 Reparatur (bitte ankreuzen)

Absender

Firmenname:		Firmenstempel
Ansprechpartner:		
Telefon:		
E-Mail:		

Kaufangaben

	Rechnungs Nr.:	Rechnungsdatum:	Position	Artikel-Nr.: / Type	Bezeichnung:	SN:/Charge:	Menge:
1							
2							
3							

Grund der Rücksendung:

<input type="checkbox"/> Falsche Menge	erhalten: _____	bestellt: _____
<input type="checkbox"/> Falscher Artikel	erhalten: _____	bestellt: _____
<input type="checkbox"/> Artikel defekt	Grund/Schäden: _____	
<input type="checkbox"/> Produktmängel	Grund: _____	
<input type="checkbox"/> Reparaturmängel	Grund: _____	
<input type="checkbox"/> Sonstige Reklamation	Grund: _____	

Wir bitten um:

<input type="checkbox"/> Ersatzlieferung erbeten	Notiz: _____	
<input type="checkbox"/> Bitte um Gutschrift	Notiz: _____	genehmigt durch EMOS: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Unterschrift: _____
<input type="checkbox"/> Bitte um Nachbesserung	Notiz: _____	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	Notiz: _____	

Datum, Unterschrift, Stempel

Nur für Interne Zwecke:

Ware Original Verpackung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ware vollständig	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Rücksendung entspricht gelieferter Ware	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sicht- und Funktionsprüfung o.k.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Name: _____ Datum: _____ Unterschrift/geprüft: _____

Bitte senden Sie die Ware im Originalzustand und in der Originalverpackung zurück!