

Rücksendeformular

Medizinprodukt



emos
technology

Servicenummer: _____	Gültig ab: 23.01.2024	Freigabe Nathalie Faschian	Revision B
	FB-1907 – Seite 5		DCN 148

Sehr geehrter Kunde,
um Ihr Anliegen so schnell wie möglich bearbeiten zu können, bitten wir Sie, uns den Grund für die Rücksendung so genau wie möglich zu beschreiben

Anschrift (ggf. Stempel) Name: _____ Straße: _____ PLZ, Ort: _____	Artikeldaten Hersteller: _____ Artikelnummer: _____ Bezeichnung: _____ Chargen-/ Seriennummer: _____ Menge: _____ Rechnungsnummer: _____
--	---

Rücksendegrund <input type="checkbox"/> Funktion: _____ <input type="checkbox"/> Falschlieferung	<input type="checkbox"/> Transportschäden <input type="checkbox"/> Sonstiger Grund: _____
---	--

Anmerkung _____ _____ _____

Sicherheitsinformation zum Schutz unserer Mitarbeiter



Nachweis der Dekontamination (bitte zutreffendes ankreuzen)

- KEINE Dekontamination notwendig, da das Medizinprodukt nicht verwendet wurde bzw. das Produkt nicht mit Blut oder anderen Körperflüssigkeit in Kontakt gekommen ist.
- Dekontamination notwendig, dass das Medizinprodukt mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten in Kontakt gekommen ist.
 - Ja, das Produkt wurde manuell dekontaminiert. Name Mitarbeiter: _____
 - Ja, das Produkt wurde maschinell dekontaminiert. Batch-Nr.: _____
 - Nein, das Produkt konnte nicht dekontaminiert werden. Grund: _____
Bitte Verpackung von außen deutlich kennzeichnen, dass Gerät nicht dekontaminiert ist!

Hiermit bestätige ich die Angaben:

Name: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!
Ihr EMOS- Team