

Warenreklamation

Rücklieferung

(Dieses Dokument bei Rücklieferung immer ausgefüllt beilegen und vorab per FAX senden)

Vorab per FAX an: +49 7653 689-392

Gutschriften können nur ausgestellt werden, wenn die zurückgelieferten Teile eindeutig identifizierbar sind.



Achtung! Sterilware, begrenzt lagerfähige Ware und Sonderanfertigungen können nicht zurückgenommen und nicht gutgeschrieben werden.

Datum: _____

Geräte-Bezeichnung: _____

Ihre Anschrift / Stempel :

Serien-Nr.: _____

Auftrags-Nr.: _____

Lieferschein-Nr.: _____

(Wichtig! Bitte immer eines von beiden angeben)

Kurze Beschreibung des Sachverhalts:

Grund:

Lieferung kam __Tage / __Stunden später als zugesagt

Falsche Lieferung. Es war keine Ware bestellt

Rücklieferung nach Ersatz aus Reklamationsnr: _____

Ware wird nicht mehr benötigt, weil: _____

Lieferung kam unvollständig *(Bitte fehlende Teile oben angeben)*

Abholung des Leihgerätes veranlassen *(Bitte diese und die Folgeseite der Lieferung beilegen)*

Lieferung bzw. Teile der Lieferung sind defekt *(Bitte defekte Teile oben angeben)*

Abholung des defekten Gerätes veranlassen *(Bitte diese und die Folgeseite der Lieferung beilegen)*

Verpackung war beschädigt

Falsche Ware geliefert

Transportschaden

Sonstiges:

Warenreklamation

Rücklieferung

(Dieses Dokument bei Rücklieferung immer ausgefüllt beilegen und vorab per FAX senden)



Erklärung zum Hygienestatus und zur Dekontamination der Retoure

Vordruck mit freundlicher Genehmigung des BVMed - Bundesverband Medizintechnologie e.V.

Artikelbezeichnung: _____

Artikelnummer: _____

LOT: _____

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass das beigefügte Medizinprodukt die folgenden Kriterien erfüllt! *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

Kontaminiertes Medizinprodukt (enthält potenziell infektiöses Material, Gefahrstoff oder Arzneimittel)

Art der Kontamination: _____

Erläuterungen: _____

Das Produkt wurde in einer Verpackung nach *ADR 2.2.62.1.5.9 oder einer Verpackung nach Anweisung *P 650 ADR verpackt

*<https://www.unece.org/trans/welcome.html>

Durchführung der folgenden Risikoreduktionsmaßnahmen ist erfolgt:

Das Medizinprodukt wurde Restentleert, die Außenoberflächen sind trocken und die Öffnungen sind gegen Auslaufen geschützt

Reinigung nach Vorgabe des Herstellers ist erfolgt

Desinfektion mit Desinfektionsmittel: _____

Einwirkzeit: _____

Sterilisation Angewandtes Verfahren: _____

Einwirkzeit: _____

Keine Kontamination mit infektiösem Material, Gefahrstoffen oder Arzneimittel!

Datum: _____

Unterschrift: _____

Name des Unterzeichners (Druckschrift): _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Name der medizinischen Einrichtung und Anschrift *(Adress-Stempel)*



Delivery complaint

Return shipment

(Please complete this form, fax it to ATMOS in advance and enclose it to the return delivery)

Please fax in advance to:

+49 7653 689-391

Credits can only be issued if the returned parts are clearly identifiable.



Attention! Return shipments of sterile products, goods with limited shelf life and custom-made products are not accepted and not credited.

Date: _____

Designation: _____

Your address / company stamp :

Serial no.: _____

Order confirmation no.: _____

Delivery note no.: _____

(Important! Please state at least either of them)

Short description:

Reason for return:

Consignment arrived __days / __hours later than agreed

Misdirection, no goods were ordered

Return after replacement with complaint no.: _____

Goods are no longer needed, because: _____

Incomplete consignment
(Missing parts are stated above)

Please arrange pick up of the defective device/part.
(Please add this form plus next page to the consignment)

Consignment/ parts are damaged
(Relevant parts are stated above)

Please arrange pick up of the borrowed device. *(Please add this form plus next page to the consignment)*

Transport packing was damaged

Wrong goods delivered

Transport damage

Miscellaneous:

Delivery complaint

Return shipment

(Please complete this form, fax it to ATMOS in advance and enclose it to the return delivery)



Declaration on the hygiene status and on decontamination of the return

Form by courtesy of BVMed - Bundesverband Medizintechnologie e.V.

Article design: _____

Article No. / REF: _____

LOT: _____

I / We hereby confirm that the product enclosed fulfils the following criteria!

(mark with a cross where applicable)

Contaminated medical product (contains potentially infectious material , dangerous goods or medicinal products)

Type of contamination: _____

Explanations: _____

The product has been packed in a packaging in conformity with *ADR 2.2.62.1.5.9 or in a packaging in conformity with instruction *P 650 ADR

*<https://www.unece.org/trans/welcome.html>

The following risk reduction measures have been carried out:

The medical product has been emptied of residues , the surfaces are dry and the openings are protected against leakage.

Cleaning has been carried out in conformity with specifications of the manufacturer

Disinfection with disinfection agent: _____

Reaction time: _____

Sterilisation Procedures applied: _____

Reaction time: _____

No contamination with infectious material , dangerous goods or medicinal products!

Date: _____

Signature: _____

Name of the signatory (block letters): _____

Telephone: _____ E-Mail: _____

Name of the healthcare facility and address (*address-stamp*)