

WERYFIKACYJNY FORMULARZ ZWROTU

Filtry osocza Bellco MICROPLAS

Należy wypełnić niniejszy formularz i odesłać go nawet jeśli nie posiada Pan(i) na stanie potencjalnie wadliwych produktów

Data: _____

Dane kontaktowe klienta	Dane kontaktowe Medtronic
Nazwa szpitala: Numer konta Covidien/Medtronic:	Do: Nikkiso Belgium bvba
Adres konta: Ulica: Kod pocztowy: Miasto: Oddział: Osoba do kontaktu w Punkcie zbiórki: Godziny otwarcia: Imię i nazwisko osoby wypełniającej niniejszy formularz:	Adres: Industriepark 6 B-3300 Tienen, Belgium
Telefon:	Telefon: +32 (0)16 781 867
Faks:	Faks: +32 (0)16 781 860
E-mail:	E-mail: quality@nikkisomedical.com

Należy wpisać liczbę potencjalnie wadliwych produktów w danym obiekcie, jeśli **nie** ma produktów na stanie, należy zaznaczyć poniższe pole.

Brak produktów na stanie (Proszę zaznaczyć):

Kod pozycji	Faktura lub list przewozowy (jeśli jest)	Numer partii	Ilość (pudełka lub skrzynki) Proszę określić

Informacje dla kuriera

Liczba paczek do odebrania: _____

Liczba paczek, które ważą ponad 45 kg: _____

Podpisując niniejszy formularz, potwierdzam otrzymanie powiadomienia oraz fakt, że przeczytałem(-am) i rozumiem Pilną wskazówkę z miesiąca lutego 2020 r. dotyczącą bezpieczeństwa obowiązującą na danym obszarze, dotyczącą filtrów osocza Bellco MICROPLAS.

Wyrażam również zgodę na dalsze rozpowszechnianie i przekazywanie tej ważnej informacji znajdującej się w niniejszym piśmie osobom, którym dostarczyłem jakiegokolwiek filtry osocza Bellco MICROPLAS wspomniane w niniejszym piśmie.

Imię i nazwisko: (Litery drukowane)_____
Podpis:_____
Data:

- Niniejszy dokument należy odesłać faksem lub pocztą elektroniczną, korzystając z danych kontaktowych znajdujących się na górze niniejszego formularza.
- Dział Obsługi Klienta bezpośrednio się z Panem/Panią skontaktuje, aby zorganizować zwrot potencjalnie wadliwych produktów, a za zwrócone produkty przyznany zostanie kredyt.
- Prosimy nie odsyłać towarów przed otrzymaniem dokumentacji dotyczącej zwrotu.