


| | |
|--|---|
|  NUR AUFBEREITETE PRODUKTE ZURÜCKSENDEN! | Bestätigung der Kenntnisnahme durch PRRC (AS-Medizintechnik). Nur anwendbar, wenn Punkt 3.1 und / oder 3.3 zutrifft. |
| | _____ Datum / Unterschrift PRRC! |

 AS Medizintechnik GmbH
Sattlerstraße 15
78532 Tuttlingen
Germany
Tel: +49/7461/966 32-6
Fax: +49/7461/966 32-88
www.AS-Medizintechnik.de
info@AS-Medizintechnik.de

Confirmation of notification by PRRC. Only applicable if point 3.1 and / or 3.3 applies.

Sehr geehrter Kunde,

in dem Fall, dass Sie eine Rücksendung von unseren Produkten vornehmen, berücksichtigen Sie bitte, dass Sie dieses Formular vollständig ausgefüllt haben und mit der Ware an uns schicken.

1. Sind die Produkte noch originalverpackt und ungebraucht? Ja Nein

2. Sind die Produkte schon verwendet worden? Ja Nein

Falls Sie „Ja“ ausgewählt haben bitten wir Sie sicherzustellen, dass die Produkte vor der Rücksendung aufbereitet wurden und folgenden **Dekontaminationsnachweis** auszufüllen! Nicht aufbereitete Produkte werden von uns ungeöffnet und unfrei wieder an Sie zurückgesandt. Bei Zuwiderhandlung werden Sie im Schadensfall zur Verantwortung gezogen.

Reinigung und Desinfektion gem. DIN EN ISO 15883

Optional: Sterilisation gem. DIN EN ISO 17665

Datum, Unterschrift für Dekontaminationsnachweis

Hiermit bestätigen wir die ordnungsgemäße Reinigung, Desinfektion und optional die Sterilisation nach nationalen Standards und Richtlinien.

3. Warum senden Sie Produkte zurück?

3.1 **Meldepflichtiger Vorfall gem. EU MDR Art. 87**

Falls Sie diesen Punkt markiert haben sind weitere Informationen zwingend unverzüglich erforderlich. Bitte verwenden Sie hierfür unser Formular „Meldung Vorkommnis“, zum Download unter www.AS-Medizintechnik.de / Mediathek / Formulare.

3.2 **Falschlieferung (Bitte die Punkte 4 - 6 ausfüllen)**

3.3 **Reklamation (Bitte die Punkte 4 - 6 ausfüllen)**

3.4 **Reparatur (Bitte die Punkte 4, 7 ausfüllen)**

3.5 **Anderer Rücksendegrund (bitte erläutern)**

Vielen Dank für Ihre Kooperation.

4. Firma:

Kunden Nr.:

Firma:

Abteilung:

Straße:

PLZ / Ort:

Ansprechpartner:

Tel.:

E-Mail:


Ort:

Datum:

Unterschrift: _____

Stempel: _____

⚠ NUR AUFBEREITETE PRODUKTE ZURÜCKSENDEN!

| | | |
|---|---|---|
|  | AS Medizintechnik GmbH Sattlerstraße 15 78532 Tuttlingen Germany | Tel: +49/7461/966 32-6 Fax: +49/7461/966 32-88 www.AS-Medizintechnik.de info@AS-Medizintechnik.de |
|---|---|---|

5. Angaben zum Produkt:

| Artikel Nr. | Artikel Beschreibung | LOT / Serien-Nr. | Stück | Rechnung-Nr. | Lieferschein-Nr. |
|-------------|----------------------|------------------|-------|--------------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

6. Angaben zum Grund

- Die Ware wurde vom Kunden falsch bestellt (bitte erläutern).
- Die Ware wurde falsch beschriftet (bitte erläutern).
- Die Ware entspricht nicht den Vorgaben der AS Medizintechnik Kataloge.
- Die Ware wurde vom Anwender nicht ordnungsgemäß verwendet.
- Die Ware ist defekt.
- Anderer Grund (bitte erläutern).

Interner Vermerk:

7. Angaben zur Reparatur:

Alternativ können Sie auch einen selbst erstellten Reparaturlieferschein mitsenden.

| Artikel Nr. | Artikel Beschreibung | LOT / Serien-Nr. | Stück | Fabrikat |
|-------------|----------------------|------------------|-------|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Auszuführende Aktionen

- Instrumente kostenpflichtig reparieren, zu vereinbarten Konditionen.
- Kostenvoranschlag für alle Reparaturen erstellen.
- Bei nicht reparablen Instrumenten Ersatz anbieten (falls im Sortiment verfügbar).
- Bei nicht reparablen Instrumenten Ersatz liefern zu vereinbarten Konditionen (falls im Sortiment verfügbar).
- Sonstiges (bitte erläutern)