

Warenrückgabeschein
von der Praxis auszufüllen

Bitte die Ware nur mit diesem Formular dem Fahrdienst mitgeben

Auftrag Nr.: Übergabedatum an FD:

Arzt - Nr.: Ansprechpartner/in in der Praxis :

LS Nr.	Artikel – Nr.	Artikelbezeichnung	Menge

Grund der Retoure / Reklamation:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ware nicht bestellt oder zu viel geliefert | <input type="checkbox"/> Ware falsch bestellt, richtige Ware wird neu bestellt! |
| <input type="checkbox"/> fehlerhafte Ware zur Reklamation | <input type="checkbox"/> Ware beschädigt, bitte einwandfreie Ware liefern! |
| <input type="checkbox"/> falsche Ware geliefert! Bestellt wurde
Artikel | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

Hinweis: Bei Bestellung eines neuen Artikels bitte Bestellformular benutzen!

Hiermit bestätigen wir, dass die zurückgegebene Ware seit der Lieferung ordnungsgemäß gelagert und gehandhabt wurde und unsere Praxisräume nicht verlassen hat.

 Arztstempel / Unterschrift

Bearbeitung der Warenrückgabe
nur von MED auszufüllen

Bearbeitung durch:

Kontaktaufnahme mit Praxis / Gesprächsnotiz:

Gesprächspartner:

Datum:

Maßnahme:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Retoure = Lagerware | <input type="checkbox"/> Retoure = Keine Lagerware |
| <input type="checkbox"/> Austauschware an den Kunden geliefert | <input type="checkbox"/> Gutschrift abzgl. Retourenkosten |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |

Bearbeitung abgeschlossen am

MA-Kürzel:

Übergabe zur Reparatur/ Reparaturauftrag*von der Praxis auszufüllen*

Bitte die Ware nur mit diesem Formular dem Fahrdienst mitgeben

Auftrag Nr.: Übergabedatum an FD:

Arzt - Nr.: Ansprechpartner/in in der Praxis :

Reparaturangaben:

Gerätebezeichnung: Gerätetyp:

 Garantie Kaufdatum: mit der Bitte um Kostenvoranschlag**(evtl. entstehende Kosten für den Kostenvoranschlag bei Nichterteilung des Reparaturauftrages werden hiermit akzeptiert)**

Fehlerbeschreibung:

.....

.....

Hiermit bestätigen wir, dass die zurückgegebene Ware in unseren Praxisräumen dekontaminiert wurde._____
Arztstempel / Unterschrift**Bearbeitung des Reparaturauftrags***nur von MED auszufüllen*

Bearbeitung durch:

Kontaktaufnahme mit Praxis / Gesprächsnotiz:

Gesprächspartner: Datum:

Maßnahme:

- Weiterleitung des Garantiefalls an den Lieferanten
- Austauschgerät an den Kunden geliefert
- Kostenvoranschlag bearbeitet
- Gerät nach der Reparatur an den Kunden weitergeleitet
- Berechnung an den Kunden erfolgt

Bearbeitung abgeschlossen am MA-Kürzel: