|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nazwa formularza: | | | | | | | | | Nr dokumentu: F-GH/04 |
| **Formularz reklamacyjny** | | | | | | | | | Wydanie: III |
| Data: 20.05.2021r. |
| Część I :Wypełnia Klient | | | | | | | | | | |
| Formularz wysłać na adres producenta Zakład Techniki Medycznej „Tech-Med” Sp. z o.o. ul. Ernsta Petersona 6A 85-862, Bydgoszcz  lub odesłać na nr fax. 052 360 58 80, lub adres e-mailowy reklamacje@techmed.com.pl | | | | | | | | | | |
| **Dane Klienta:** | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko/Nazwa firmy/Nazwa placówki medycznej: | | | | | | | | | | |
| Adres: | | | | | | | | | | |
| Nr telefonu: | | | | | | | | | | |
| E-mail: | | | | | | | | | | |
| Dane osoby kontaktowej: | | | | | | | | | | |
| **Dane dot. reklamowanego urządzenia/usługi:** | | | | | | | | | | |
| Nr. fabryczny urządzenia (znajduje się na tabliczce znamionowej urządzenia): | | | | | Nr faktury, lub nr zamówienia (wypełnić w przypadku braku nr fabrycznego): | | | | | |
| Nazwa wyrobu /usługi: (nazwa znajduje się na tabliczce znamionowej wyrobu): | | | | | | | | | | Data zakupu: |
| Opis niezgodności: | | | | | | | | | | |
| Wykaz załączonych dokumentów: | | | | | | | | | | |
| **Część II :Wypełnia ZTM „TECH-MED” Sp. z o.o.** | | | | | | | | | | |
| Nr reklamacji: | | | | | Numer zlecenia: | | | | | |
| Potwierdzenie otrzymania reklamacji | | | Data: | | | | Podpis: | | | |
| Sposób w jaki wpłynęła reklamacja | | | | | Czy Klient posłużył się formularzem  reklamacyjnym? | | | | | |
| * rozmowa telefoniczna * fax | | * e-mail * osobiście * przesłano pocztą | | |
| * TAK | | | | * NIE | |
| Kategoria problemu: | | | | | * Niezgodność ilościowa * Inna   ………………………………….… | | | | | |
| * Uszkodzenie w transporcie * Uszkodzenie podczas użytkowania * Niezgodność jakościowa | | | | |
| Jakie działania reklamacyjne wykonano: | | | | | | | | | | |
| Potwierdzenie wykonanych działań: | | | | Data: | | | | Podpis: | | |
| Czy podjęto działania korygujące / zapobiegawcze | | | | | | | | | | |
| * TAK | | | | Jeśli TAK, podać nr Karty……….. | | | | * NIE | | |
| Załączone dokumenty: | | | | | | | | | | |
| **UWAGI** | | | | | | | | | | |
| **Potwierdzenie zamknięcia reklamacji** | | | **Data:** | | | **Podpis:** | | | | |