|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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, Bydgoszczlub 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:** |