

	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 <input type="checkbox"/> rozmowa telefoniczna <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> fax <input type="checkbox"/> osobiście <input type="checkbox"/> przesłano pocztą	Czy Klient posłużył się formularzem reklamacyjnym? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Kategoria problemu: <input type="checkbox"/> Uszkodzenie w transporcie <input type="checkbox"/> Uszkodzenie podczas użytkowania <input type="checkbox"/> Niezgodność jakościowa	<input type="checkbox"/> Niezgodność ilościowa <input type="checkbox"/> Inna	
Jakie działania reklamacyjne wykonano:		
Potwierdzenie wykonanych działań:	Data:	Podpis:
Czy podjęto działania korygujące / zapobiegawcze <input type="checkbox"/> TAK Jeśli TAK, podać nr Karty..... <input type="checkbox"/> NIE		
Załączone dokumenty:		
UWAGI		
Potwierdzenie zamknięcia reklamacji	Data:	Podpis: