

	<b>Reklamasjons- / Serviceskjema</b>	<b>ID:</b>
		Side: 1 (1)

### Kundens kontaktinformasjon

Navn (selskap, klinikk eller lignende)		Avdeling
Adresse		
Kontaktperson	Telefon	E-post
Send svar til kontaktpersonen ifølge ovenstående adresse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Informasjon/svar sendes også til: E-mail		
Informasjon/svar sendes også til: E-mail		

### Produktinformasjon

<b>Reklamasjon</b> <input type="checkbox"/> <b>Service</b> <input type="checkbox"/>	Produktnavn	Produkt nr.
Lot/serie nr.	Antall defekte produkter	Bestillings nr.
Produkter sendt tilbake <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Dato	Ønsker erstatning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

### Beskrivelse av hendelse

Problemet oppdaget <input type="checkbox"/> Før bruk <input type="checkbox"/> Under bruk <input type="checkbox"/> Etter bruk		
Dato for hendelse:	Rapportdato:	Vedlegg / bilde <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
<b>Beskrivelse</b>    		

### Alvorlighetsgrad – skade på pasient eller bruker

Forårsaket hendelsen skade eller alvorlig forverring av helse, eller ville ha gjort det om gjentakelse.
<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, hvilken påvirkning på pasient eller bruker

Vennligst send det utfylte skjemaet til: Reklamasjon e-mail: [QA@mediplast.com](mailto:QA@mediplast.com)  
 Service / Separasjon e-mail: [Repair@mediplast.com](mailto:Repair@mediplast.com)

<b>Denne seksjonen fylles ut av Mediplast QA</b>	
Reklamation <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <i>Motivera vid Nej</i>	Mottaget Datum
Skickat ersättning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Ärende stängt Datum / Signatur
Produkt i retur <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	