

RETOUREN FORMULAR

Bitte zusammen mit dem beanstandeten/gemieteten Produkt einsenden an:

plasma MEDICAL SYSTEMS® GmbH

Auf der Lay 7a

56132 Nievern

Telefon: +49 (0) 2603-508 41 44

Telefax: +49 (0) 2603-931 28 28

E-Mail: info@plasmamedicalsystems.com

KUNDEN INFORMATION

Kundennummer/Firma *	Telefon *
Straße	E-Mail *
Postleitzahl/Ort	Lieferschein-Nr./Referenz *
Land	Kunde wünscht *
Kontaktperson *	<input type="checkbox"/> Austausch <input type="checkbox"/> Reparatur <input type="checkbox"/> Wartung / Service

PRODUKT ANGABEN

Produkt *	Grund der Rücksendung *
_____	MIETE / MUSTER
_____	Falschbestellung
_____	Falschliefierung
_____	Defekt - Fehlerbeschreibung
Serien-Nr. *	_____
Bestelldatum	_____
Ausfalldatum	_____
Eingesandte Menge * Stück	_____
Reklamierte Menge * Stück	_____

BENUTZERANGABEN

Gerät:

Seriennummer:

Anwendung / Dauer der Miete bzw. Leihgabe

Gültig zur Garantie

Ja Nein

Betriebsstunden/Tag ca. * Stunden

RETOUREN FORMULAR

ZUSATZ INFORMATION

Außergewöhnliche Temperaturen, Vibrationen, hohe Luftfeuchtigkeit, Spannungsniveau, etc.

Alle Angaben entsprechen der Richtigkeit.

Datum *

Unterschrift *

Wir bearbeiten Ihre Rücksendung binnen 14 Tagen ab Wareneingang. Rücksendungen werden nur dann bearbeitet, wenn dieser Retourwarenschein der [plasma MEDICAL SYSTEMS® GmbH](#) vollständig ausgefüllt ist und der ursprüngliche Lieferschein oder die Rechnung der Ware beiliegt. Andernfalls kann ihr Anliegen nicht bearbeitet werden und das Paket geht unfrei an den Absender zurück.

Dieser Retourwarenschein kann unter info@plasmamedicalsystems.com oder per Telefon unter +49 (0) 2603-508 41 44 angefordert werden.

In diesen Zusammenhang verweisen wir auf unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen in der letztgültigen Version.

Wichtige Hinweise zur Bearbeitung von Retoursendungen:

1. Alle Retourwarensendungen werden von [plasma MEDICAL SYSTEMS® GmbH](#) sortiert, gezählt und einer Qualitätsprüfung unterzogen. Nur die von [plasma MEDICAL SYSTEMS® GmbH](#) ermittelten Stückzahlen sind verbindlich für die Bearbeitung.
2. Die Frachtkosten und das Frachtrisiko für die Retourwarensendung übernimmt der Sender der Ware; hiervon ausgeschlossen sind von [plasma MEDICAL SYSTEMS® GmbH](#) verursachte Fehllieferungen.
3. Sonderanfertigungen und vorkonfektionierte Waren sind vom Umtausch ausgeschlossen.
4. Wurde eine berechtigte Reklamation im Rahmen der [plasma MEDICAL SYSTEMS® GmbH](#) Garantiebestimmungen festgestellt, behalten wir uns das Recht vor, wenn möglich eine Reparatur vorzunehmen und das reparierte Produkt dem Kunden ehestmöglich und ohne zusätzliche Kosten wieder bereit zu stellen. Falls keine Reparatur möglich sein sollte, kann der Kunde Austausch erhalten.
5. Für die Rückgabe einwandfreier, originalverpackter Ware (z.B.: Kunde hat zu viel bestellt) stellen wir eine Gutschrift abzüglich einer Manipulationsgebühr in Höhe von 10 % des Warenwertes (mindestens jedoch EUR 10,00) aus.
6. Musterwaren müssen binnen 30 Tagen retourniert werden. Für Musterwaren ist die Angabe der Kommission verpflichtend. Bei fristgerechter Rückgabe einwandfreier, originalverpackter Muster verrechnet [plasma MEDICAL SYSTEMS® GmbH](#) keine Manipulationsgebühr.
7. Wurde eine Ware aufgrund unsachgemäßen Gebrauchs beschädigt oder unbrauchbar, kann diese nicht retourniert werden.

RETOUREN FORMULAR

INTERNER VERMERK

Diese Daten sind von [plasma MEDICAL SYSTEMS® GmbH](#) auszufüllen:

DATUM DES RETOUREEINGANGS: _____

EINGESANDT VIA: _____

OPTISCHE MÄNGEL/SCHÄDEN: _____

FOTOS / BILDER vorhanden? (Wenn notwendig bitte fotografisch dokumentieren):

VERGEBENE RETOURENNUMMER: 2016_ __ ____

QS / KD informiert?: _____

LOG.	Wareneingangskontrolle	Tatsächliche Menge	Stück	Kürzel	Datum	
FERL.	Geprüft QS			Kürzel	Datum	
	defekt	Stück	funktionsfähig	Stück	verkaufsfähig	Stück
LOG.		Ware retourniert an Kunden Tracking-Nr.		Eingelagert		
KSC.	Austausch Gutschrift		Kunde informiert			