

Все полученные от Вас данные являются строго конфиденциальными, компания обязуется не разглашать их, за исключением случаев, обусловленных действующим законодательством Российской Федерации. Данные необходимы, только для качественного гарантийного обслуживания.

Код N° _____
укажите возвратный код изделия

Ваш номер _____


Протезирующая организация:

Поставщик/ Дистрибьютор _____ Наименование организации: _____

ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

Инициалы/Номер карты _____ Вес: _____ кг

Сторона ампутации _____ Уровень ампутации _____ Причина: _____

Уровень активности:  Род деятельности: _____

Информация о конечности

Полное описание конечности: _____

ВОЗВРАЩАЕМОЕ ИЗДЕЛИЕ

Номер счета/Заказа: _____ Дата возврата: _____ дд / мм / гг

ДАННЫЕ О ПРОТЕЗНОМ ИЗДЕЛИИ

Шифр Изделия: _____ Описание: _____

Серийный номер: _____ Дата установки: _____ дд / мм / гг Дата поломки: _____ дд / мм / гг

Причина возврата: _____

Протезист: _____ Дата: _____ дд / мм / гг

Контактная информация Тел.: _____ Факс: _____

Пометьте галочкой для возврата Вашего изделия в случае отклонения гарантийного требования

Для заполнения в сервис центре:

Принял: _____ Дата приемки: _____ дд / мм / гг

Комментарии и замечания _____

Состоит на гарантии _____ ДА / НЕТ Подпись: _____ Дата: _____ дд / мм / гг

Помните, что возврат изделия производится только, если в соответствующем поле поставлена галочка ✓



WARRANTY CLAIM FORM

Ref: Data Protection Act - Please note that information received will only be used for the internal processing of this warranty claim.

RMA N ^o _____ *
*Please label the returned product with this RMA number.
Your Ref. N ^o _____

Originator of Report:

* Customer / Distributor: * Facility / Centre:

PATIENT DETAILS

Name/Pat.Ref.no:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Weight:	<input style="width: 95%;" type="text"/> kg
Amputation Side:	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Level of Amp:	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Activity Level:	* Activities/Sports: <input style="width: 400px;" type="text"/>		

Details of Limb Involved

Full Limb Prescription:

PRODUCT RETURNED

* Purchase Order / Invoice No: Date Received: dd / mm / yy

DETAILS OF COMPLAINT

Product Code:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Description:	<input style="width: 400px;" type="text"/>		
SN / Batch Code:	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Date fitted:	<input style="width: 100px;" type="text"/> dd / mm / yy	Date Failed:	<input style="width: 100px;" type="text"/> dd / mm / yy
Reason for return:	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>				
* Prosthetist./ Mgr:	<input style="width: 400px;" type="text"/>		Date:	<input style="width: 100px;" type="text"/> dd / mm / yy	
Contact numbers	Tel: <input style="width: 250px;" type="text"/>	Fax:	<input style="width: 250px;" type="text"/>		

In the event of your warranty claim being rejected, we will not return the item to you, unless you tick ✓ the box

* delete as necessary

CAB use only:

Received By:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Date:	<input style="width: 95%;" type="text"/> dd / mm / yy
Comments	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>		

Continue overleaf as necessary

Warranty Approved YES / NO* Signed: Date: dd / mm / yy

REMEMBER, to return part to customer if box ✓