

EREIGNISMELDUNG / REKLAMATIONSFORMULAR IF-720-014-B

ART DER MELDUNG		DATENBANK-TRANSAKTIONSNR.		SCHLUSSTERMIN	
<input type="checkbox"/> EREIGNISMELDUNG <input type="checkbox"/> REPARATUR <input type="checkbox"/> REKLAMATION					
DATUM DES EREIGNISSES	VOM KUNDEN GEMELDETES DATUM	EINGANGSDATUM BEI INNOMED	EINGABEDATUM IN DIE DATENBANK		
EREIGNISORT	GEMELDET VON (NAME)	GEMELDET BEI INNOMED-MITARBEITER (NAME)	ART DER REKLAMATION		
			Wählen Sie ein Element aus.		
			←FALLS «ANDERE» gewählt, BITTE ERLÄUTERN		
KUNDENUMMER	KUNDEN-PO-NR.	URSPRUNGSRECHNUNGSNR.	NEUE RECHNUNGSNR.		
NAME DES KUNDEN / UNTERNEHMENS				LAND	
ANSPRECHPARTNER KUNDE				TEL. 1	
ADRESSE				TEL. 2	
ADRESSE 2			E-MAIL		
STADT				LAND	PLZ
ARTIKELNR.	CHARGENUMMER	PRODUKTBEZEICHNUNG			
EINZELHEITEN ZUR REKLAMATION / ZUM EREIGNIS					
KORREKTURMASSNAHME NR.	FÄLLIGKEITSDATUM KORREKTURMASSNAHME	FÄLLIGKEITSDATUM KORREKTURMASSNAHME	NACHFASSTERMIN	EREIGNISMELDUNG MDR NR.	
ERGEBNISSE DER REKLAMATIONSUNTERSUCHUNG					
ANMERKUNGEN					
ANTWORT AUF DIE REKLAMATION / DIE EREIGNISMELDUNG					