

**Retourenformular für defekte Orthopädie Artikel /
Formulaire de retour pour articles d'orthopédie défectueux**

Kundennummer / *numéro de client*

E-Mail

Firmenname / *nom de l'entreprise*

Kaufbeleg Frey, Lieferscheinnummer oder Rechnungsnummer /
*justificatif d'achat Frey, numéro de bon de livraison ou numéro
de facture.*

Ansprechperson / *personne de contact*

Kundeninterne Patienten, Identifikationsnummer (keine persönlichen Daten) /
Patients internes à l'entreprise, numéro d'identification (pas de données personnelles)

Artikelbezeichnung / *nom de l'article*

Artikel-Nummer / *numéro d'article*

*Charge- oder Seriennummer (zwingend) /
**numéro de lot ou numéro de série (obligatoire)*

Abgabedatum an den/die Patient/in /
Date de remise au/à la patient(e)

Datum des Defekts / *date du défaut*


Patient mit diesem Artikel versorgt / *Patient équipé de cet article*

erstmalig / *pour la première fois*

wiederholt / *à plusieurs reprises*

* Falls der Artikel eine Serien- oder Chargennummer hat. / *Si l'article a un numéro de série ou un numéro de lot.*

*** Im Falle eines Defekts, senden Sie uns bitte das ausgefüllte Formular zurück./
*En cas de défaut, veuillez nous retourner ce formulaire dûment complété.****

Bitte beachten Sie unsere Bestimmungen zur Gewährleistung und Haftung in unseren AGB  /
Veillez prendre connaissance de nos dispositions relatives à la garantie et à la responsabilité dans nos CG 