

**Retourenformular für defekte Prothesenliner /
Formulaire de retour pour gaine (prothèse)défectueuse**

Kundennummer / *numéro de client*

Strasse, Nummer / *rue, numéro*

Firmenname / *nom de l'entreprise*

PLZ, Ort / *CP, ville*

Ansprechperson / *personne de contact*

Patientenname / *nom du patient*

Serien-Nummer / *numéro de série*

Liner Typ / *type de gaine*

Abgabedatum / *date de distribution*

Artikel-Nummer. / *numéro d'article*

Datum des Defekts / *date du défaut*

Beschrieb des Defekts / *Description du défaut*

Artikel-Nummer Ersatzliner /
numéro d'article de la gaine de remplacement

Serien-Nummer Ersatzliner /
numéro de série de la gaine de remplacement

*** Im Falle eines Defekts, senden Sie uns bitte das ausgefüllte Formular mit dem Liner zurück. /
*En cas de défaut, veuillez nous retourner la gaine ainsi que ce formulaire dûment complété.****