

Typ:	Nummer:	Version:	Sprache:	Gültig ab:	Seite:
-	-	-	-	Siehe Freigabe	1/2
Kurzbezeichnung:	Retourenschein				

Kundeninformationen/Customer Information

Kundenname/Customer name:	
Kunden-Nr./Customer ID:	
Gerätetyp / Device Type:	
Seriennummer / Serial Number:	
Ort/Location:	
Ansprechpartner/Contact:	

Geräteinformationen/Device Information

Grund für die Rücksendung des Gerätes/Reason for returning the device

Hiermit bestätigen wir, dass das Gerät entleert, desinfiziert und ggfs. dekontaminiert versendet wird.
Herewith we confirm that the device will be shipped emptied, disinfected and if necessary decontaminated.

Ort/Place	Datum/Date	Name	Unterschrift/Signature

Typ: - Nummer: - Version: - Sprache: - Gültig ab: Seite: 2/2
- - - - Siehe Freigabe
Kurzbezeichnung: Retourenschein

Auszufüllen durch Mitarbeiter der pfm medical hico gmbh
To be completed by employees of pfm medical hico gmbh

Erfassung der Retoure im Wareneingang

REF #	Bezeichnung	SN / LOT #	Menge	Verpackung
				☐ iO ☐ niO
				☐ iO ☐ niO
				☐ iO ☐ niO
				☐ iO ☐ niO
				☐ iO ☐ niO
				☐ iO ☐ niO
				☐ iO ☐ niO
				☐ iO ☐ niO
				☐ iO ☐ niO
				☐ iO ☐ niO
				☐ iO ☐ niO

Nichtkonformität wie folgt dokumentieren:

- ☐ keine originale Verpackung
☐ Beschädigte/beschmutzte Verpackung
☐ Nass/feucht gewordene Verpackung
☐ Produktkennzeichnung nicht lesbar/nicht beschriftet
☐ Andere oder Anmerkung: ▼

Vorname Name	Datum Unterschrift