Nahlášení stížnosti zákazníka na výrobek

Evidenční číslo
interní číslo

Vyplňte prosím **tento formulář** a zašlete nám jej.

A) INFORMACE O ZÁKAZNÍKOVI

Detail zákazníka:

Název: _____

Jméno lékaře: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Adresa:

Ulice: _____

Město: _____

Země: _____

PSČ: _____

B) INFORMACE O PRODUKTU

Název produktu: _____ **Číslo šarže:** _____

Katalogové číslo: _____ **Množství:** _____

C) PŘEDMĚT STÍŽNOSTI

Popis události, včetně stanoviska lékaře:

Byl produkt použit?
☐ Ano ☐ Ne

Byl produkt upraven?
☐ Ano ☐ Ne Pokud ano, jak? _____

D) INFORMACE O PODÁNÍ STÍŽNOSTI

Děkujeme Vám za zpětnou vazbu a prosíme Vás o zaslání vyplněného formuláře spolu s vracenými produkty.

- Všechny vrácené položky musí být dodány **sterilní** a **označeny jako sterilní**.
- Vrácené položky musí být doručeny v **ochranném obalu**, zvolený způsob dopravy musí umožňovat sledování zásilky.
- Detailní zpráva o ošetření, relevantní RTG snímky (OPG, CT) před a po operaci, po zatížení, před a po selhání, včetně fotodokumentace musí být doručeny do společnosti LASAK společně s tímto formulářem (pokud jsou k dispozici).
- Všechny informace musí být v češtině nebo slovenštině.

Vše zašlete na adresu:
LASAK s.r.o.
Českobrodská 1047/46
Hloubětín, 190 00 Praha 9
Česká republika
E-mail.: zaruka@lasak.cz

Dotazy:
Telefon: +420 224 315 663
E-mail: zaruka@lasak.cz

E) PODPIS

Podpis: _____ Datum: _____