

VERFAHREN BEI GARANTIEANSPRÜCHEN

Für die Inanspruchnahme unseres Garantieprogrammes, müssen die DENTAL RATIO® Produkte mit den unten genannten Vorgaben schnellstmöglich eingereicht werden.

Alle Komponenten müssen steril in einem geschlossenen Sterilisationsbeutel eingeschendet werden.

GEFORDERTE ANGABEN

Folgende Punkte müssen bei jeder Reklamationsanfrage gegeben sein, sollten diese nicht beachtet werden, wird die Anfrage abgelehnt und zurückgesendet.

1. Patienten ID muss verschlüsselt sein
 - Bei Angabe von unverschlüsselter Patienten ID, muss eine Einverständniserklärung mit Datum und Unterschrift des Patienten beigefügt werden
2. Sterilisiertes Produkt in unbeschädigtem Sterilisationsbeutel
 - Bitte beachten Sie, dass der Sterilisationsbeutel unbeschädigt ist, weder geheftet noch angeschnitten
1. Vollständig ausgefülltes Garantie Formular
 - Es muss unser aktuelles Formular verwendet werden
 - Nur in Deutsch oder Englisch ausgefüllte Formulare werden akzeptiert
 - Datum des Entfernens des reklamierten Artikels muss angegeben werden
 - Das Formular darf nicht beschmutzt sein (Blutflecken, etc.)
 - Bitte das Formular vollständig in BLOCKSCHRIFT ausfüllen
 - Datum und Unterschrift des Arztes
3. Einreichung von Lieferschein oder Vergleichbares für unsere weitere Bearbeitung über:
 - Detaillierte Informationen für die Zuordnung der Lieferung und der einzelnen Reklamationsfälle (z. B. Nummerierung, Artikelnummer, behandelnder Arzt)

Die Einreichung von zusätzlichen Informationen, wie z. B. Röntgenbilder oder Anmerkungen vom behandelnden Arzt, wird empfohlen um die Bearbeitung Ihrer Reklamationen zu vereinfachen.

Customer Service & Sales

Tel +49 2173 39800-0
Fax +49 2173 39800-20
E-Mail info@dental-ratio.com
Web www.dental-ratio.com



Einverständniserklärung

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Informationen und Daten an DENTAL RATIO® und Hager & Meisinger GmbH zum Zwecke der Bearbeitung von Garantiefällen weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bewusst, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt und jederzeit widerrufbar ist.

(Ort) _____, (Datum) _____

(Name des Patienten) _____

(Unterschrift des Patienten) _____