

FO

Seite: 1 von 1
Revisionsstand: 01

Formular

Rücksendung von temperaturgeführtem Material



Frau Herr Praxis / Firmenname:

.....
Titel Name Vorname

.....
Straße, Hausnummer PLZ Ort

.....
Rufnummer Kundennummer

Arzneimittel: Ja Nein Stückzahl: Verfalldatum:

Artikelnummer:

Name des Herstellers:

Produktbezeichnung:

Chargen-Nr./LOT:

Bitte unbedingt jeder Rücksendung eine Lieferschein- oder Rechnungskopie beilegen.

Wir bestätigen hiermit, dass oben genanntes Material seit der Lieferung durch die Dental-Union GmbH:

- ordnungsgemäß gelagert wurde (lt. Lagerungstemperaturen auf dem Material),
- ordnungsgemäß gehandhabt wurde (Umverpackung nicht geöffnet, Gebrauchsanweisung nicht entfaltet, etc.)
- sowie insbesondere unseren Verantwortungsbereich nicht verlassen hat (keinem Nachbarn gegeben, o.ä.).

Wenn das Material von der Dental-Union nicht direkt zu uns geliefert wurde, dann liegt uns als Dental-Depot die Bescheinigung unseres Kunden über zuvor genannten Punkte vor.

Datum: **Unterschrift + Praxis oder Depot-Stempel:**