**Retourenschein**

Bitte füllen Sie dieses Formular bei Rücksendungen vorab aus und senden Sie es per Fax oder eMail an uns zurück.

Eine Bearbeitung der Retourensendung erfolgt erst nach Freigabe!

|  |  |
| --- | --- |
| **Kundenname:** |  |
| **Ansprechpartner für Rücksendung:** |  |
| **Telefonnummer:** |  |
| **E-Mail:** |  |
| **Liefescheinnummer:** |  |
| **Rechnungsnummer:** |  |
| **Menge:** |  |
| **Artikelnummer:** |  |
| **Charge:** |  |
| **Rücksendungsgrund:** |  |

Bitte bringen Sie einen Dekontaminationsnachweis am Gerät an! Wenn kein Dekontaminationsnachweis am Gerät angebracht ist, müssen wir es ohne Reparatur zurückschicken. *Vielen Dank für Ihr Verständnis.*

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Genehmigung zur Rücksendung durch die Firma WISAP Medical Technology GmbH unter Verwendung der folgenden RMA-NUMMER erteilt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Bitte legen Sie den Rücksendeschein außen an die Verpackung!**

**Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**