

Reklamation

IDENTIFIKATION

Bitte mit Blockschrift ausfüllen

Instrument :		Katalog Nr.:	
Kaufdatum :		Rechnungs Nr.:	
Serien-/Chargen Nr. :		Erster Gebrauch:	
Beanstandet von		Kontaktperson	
Firma/Organisation:		Name:	
Adresse:			
		Telefon Nr. :	
Postleitzahl / Ort:		Fax Nr.:	
Land:		Email:	

FALLBESCHREIBUNG

Abbildung beiliegend: ja nein

ERSATZTEILE

Menge	Katalog Nr.	Beschreibung

Von Socorex intern auszufüllen

Traitement SAV : oui non
 Demander retour pour inspection: oui non

ANALYSE ENG/R&D/MQS:

Date / Visa: _____

Von Socorex intern auszufüllen

Reçu par:	Date:	Distribution:
Garantie: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RE: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Réponse au client: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Liquidé par :	Date:	

