

Formulaire de retour pour les dispositifs médicaux

N° de client*: _____ Nom: _____

N° de commande*: _____ Lot*: _____ Quantité*: _____ Pièce/PACK

Description de l'article: _____

Numéro du bon de livraison*: _____ Date de livraison: _____

*Champ obligatoire – doit être rempli

En raison des dispositions légales et surtout pour la protection de nos employés, nous exigeons un „certificat de décontamination“ signé pour chaque retour de marchandise. Veuillez vous assurer que ce document est rempli et signé et qu'il est joint à **chaque retour de produit** (réclamation / réparation / autre motif de retour). En l'absence de ce document ou d'une confirmation comparable, nous nous réservons le droit de nettoyer, désinfecter et stériliser les marchandises dans un lot ou de les renvoyer à l'expéditeur. Emballer les produits de manière à ce qu'il n'y ait pas de risque de blessure pour notre personnel du service réception lors du déballage.

Motif du retour

Retour de l'emballage d'un produit non ouvert en raison d'une commande incorrecte

Réclamation – veuillez remplir la rubrique „Motif de la réclamation“ à la page 2

Autres: _____

Contact pour les questions

Nom: _____

Numéro de téléphone: _____

Email: _____

Signature: _____

Preuve de décontamination

Nous confirmons par la présente que

- le colis n'a pas été ouvert et que le retour a été effectué dans les 30 jours suivant la commande
- le(s) dispositif(s) médical(aux) joint(s) au document n'est (ne sont) pas entré(s) en contact avec du sang, des tissus ou d'autres substances/fluides corporels et que la sécurité hygiénique peut être confirmée.
- le(s) dispositif(s) médical(aux) joint(s) au document est/sont entré(s) en contact avec du sang, des tissus ou d'autres substances/fluides corporels au cours de son/leur utilisation et a/ont été désinfecté(s), nettoyé(s) et stérilisé(s) conformément aux exigences d'hygiène applicables aux dispositifs médicaux et aux spécifications des dispositifs désinfectés, nettoyés et stérilisés.

Informations sur la désinfection, le nettoyage et la stérilisation:

- La désinfection et le nettoyage ont été effectués manuellement.
Agent utilisé: _____
- La désinfection et le nettoyage ont été effectués à l'aide d'une machine
- Stérilisation à la vapeur (5 min. à 134°C)
- Autre méthode (à préciser): _____
- Le(s) dispositif(s) médical(aux) joint(s) au document n'a (ont) pas pu être décontaminé(s)!
→ Justification: _____
- Le(s) dispositif(s) médical(aux) joint(s) au document a/ont été utilisé(s) sur des patients atteints d'une maladie à prion.

Par la signature suivante, nous confirmons l'exactitude des informations données ci-dessus.

Date

Signature (et nom en majuscules)

Motif de la réclamation

Etat du (des) produit(s)

- avant de commencer le traitement
- pendant la production
- au cours de la thérapie dans le cabinet
- en dehors du cabinet, intra-oral

Détails:

Si vous avez des questions, veuillez contacter:

Bernhard Förster GmbH
Westliche Karl-Friedrich-Straße 151 · 75172 Pforzheim
Téléphone: 07231-4590 · info@forestadent.com