



Reklamationsformular

Einzelheiten der Bestellung

Datum: _____ Bestell-Nr.: _____

Patienten-Nr.: _____

Patientenname oder Initialen: _____

Ansprechpartner: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Klinik/Praxis: _____

Lieferadresse: _____

_____ Postleitzahl: _____

BITTE BEACHTEN: Versorgungen nur sauber gewaschen zurücksenden. Verschmutzte Versorgungen können wir nicht annehmen.

Hinweise

Reklamation

Wenn Sie Ihre Versorgung im Rahmen einer Reklamation zur Prüfung zurücksenden oder Bilder zur Prüfung bereitstellen, machen Sie bitte unten vollständige Angaben.

☐ Zur Prüfung zurückgesandt ☐ Bilder bereitgestellt

Bitte hier erläutern:

Wenn alle zutreffenden Felder ausgefüllt sind, klicken Sie bitte auf:
massversorgung@triconmed.de, um Ihr elektronisches Bestellformular per E-Mail zu versenden

Bitte laden Sie Ihre elektronischen Formulare direkt von unserer Website herunter - <https://www.triconmed.de/downloadbereich/>