|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **devemed GmbH** | Tel: | +49 / 7467 / 94 91 99-0 |
| take-off GewerbePark 30 | Fax: | +49 / 7467 / 94 91 99-19 |
| 78579 Neuhausen ob Eck | E-Mail | info@devemed.de |
| Germany | Website | www.devemed.de |

**Wichtige Hinweise!**

* Bitte legen Sie dieses Formular vollständig ausgefüllt der zu reparierenden Ware bei! Fehlende Informationen (Details) können zu Verzögerungen und Rückfragen führen.
* Bitte beachten Sie, dass nicht gereinigte und/oder nicht sterilisierte Waren nicht inspiziert werden können und daher an Sie zurückgesandt werden.
* Für Waren, die während der Reparatur kaputt gehen, übernimmt devemed keine Gewähr!

|  |
| --- |
| **1. Angaben zur Dekontamination / Sterilisation** |

|  |
| --- |
| Wir weisen Sie daraufhin, dass nicht dekontaminierte und/oder sterilisierte Produkte von uns ungeöffnet und unfrei wieder an Sie zurückgesandt werden. Bei Zuwiderhandlung werden Sie im Schadensfall zur Verantwortung gezogen.Daher möchten wir Sie bitten die ordnungsgemäße Reinigung / Dekontamination und/oder Sterilisation mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen. Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Zusammenarbeit! |
| [ ]  Reinigung und Desinfektion gem. DIN EN ISO 15883 |  |  |
| [ ]  Optional: Sterilisation gem. DIN EN ISO 17665-1 |  |
|  |  | **Datum, Unterschrift für Dekontaminationsnachweis**Hiermit bestätigen wir die ordnungsgemäße Reinigung, Desinfektion und optional die Sterilisation nach nationalen Standards und Richtlinien |

|  |
| --- |
| **2. Angaben zum Kunden** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma:** |  |
| **Straße:** |  |
| **PLZ / Ort:** |  |
| **Kunden-Nr.:** |  |
| **Ansprechpartner:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **E-Mail:** |  |

|  |
| --- |
| **3. Angaben zum Produkt** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **REF** | **LOT** | **Dat. Code** | **Stückzahl** | **Was soll repariert werden?** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |

Nachfolgend haben Sie die Möglichkeit genauer zu beschreiben was genau repariert werden soll:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **4. Auszuführende Aktion (Mehrfachnennung möglich)** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **# Produkt (aus Tabelle unter Punkt 2)** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **Instrumente kostenpflichtig (gem. Preisliste) reparieren** |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| **Bei nicht reparablen Instrumenten Ersatz anbieten** |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| **Bei nicht reparablen Instrumenten Ersatz zu vereinbarten Konditionen liefern** |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| **Sonstiges (bitte erläutern)** |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
|  |

|  |
| --- |
| **5. Rücksendung nicht reparabler Instrumente** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wünschen Sie für den Fall, dass an uns eingesendete Instrumente nicht reparabel sind, eine kostenpflichtige Rücksendung? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |

Anmerkung: Sollten Sie „Nein“ wählen, dann werden die Instrumente bei devemed verschrottet.

|  |
| --- |
| **6. Datum und Unterschrift**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Unterschrift:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***Der folgende Abschnitt ist von devemed auszufüllen!*** |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nameannehmender Mitarbeiter:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum Eingang Produkt(e):** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Unterschrift:** |  |