

Rücklieferschein

Im Interesse einer zügigen und korrekten Bearbeitung bitten wir Sie, dieses Formular vollständig ausgefüllt der Rücklieferung beizulegen. Bitte benutzen Sie für jeden Vorgang ein separates Formular.



Absender:

Einrichtung:
Ansprechpartner:
PLZ / Ort:

Strasse:

Land:
Tel. / Fax:
E-Mail:
Kundennummer:

ATMOS MedizinTechnik GmbH & Co. KG

Service
Ludwig-Kegel-Strasse 16
79853 Lenzkirch
Germany

Ihre Referenz / Case-Ticket ID / Registered Complaint Number:

Ihr Ansprechpartner bei
ATMOS

Telefon	Fax	E-Mail
	+49 7653 689 292	

- Diese Ware wurde bezogen über ATMOS Auftragsnummer: _____
- Es läuft bereits eine Reklamation unter der Nummer: _____
- Es besteht ein Kostenvoranschlag unter Nummer: _____
- Es wurde bereits eine Reparatur durchgeführt unter ATMOS Auftragsnummer: _____

Auflistung der zurückgelieferten Ware (bei Bedarf diese Liste kopieren):

Anzahl	Artikelnummer	Bezeichnung	Seriennummer

Grund der Rücklieferung:

- Reparatur Fehler nicht behoben Bitte um Kostenvoranschlag
- Rücklieferung zur Untersuchung / Fehlersuche aus Reklamation
- Rücklieferung aus Ersatzlieferung mit ATMOS Auftragsnummer: _____
- Fehllieferung
- Andere Rücklieferung gem. Absprache (Bitte Details angeben)

Ersatzlieferung:

- Ersatz bereits erhalten
- Ersatzbestellung ist bereits ausgelöst
- Bitte Ersatz liefern
- Kein Ersatz benötigt / Gutschrift

Zustand der Rücklieferung:

- Neuwertig, original verpackt
- Gebrauch, vollständig
- gebraucht, unvollständig
- Defekt

Die Ware ist in einem hygienisch einwandfreien Zustand.
Der Versand von kontaminierter Ware ist nicht zulässig.
Die Annahme kontaminierter Ware wird verweigert.

Detaillierte Fehlerbeschreibung / Sonstige Anmerkungen zu weiterer Verfahrensweise oder Vereinbarungen:

Datum:

Unterschrift:

Return Note

In the interest of quick and correct processing please fill out this document completely and enclose it in your return delivery. Please use separate documents for every particular process.



Consigner:

Company / Institution:

Contact Person:

Street:

ZIP/City:

Country:

Tel. / Fax:

E-Mail:

Customer ID:

ATMOS MedizinTechnik GmbH & Co. KG

Service

Ludwig-Kegel-Strasse 16

79853 Lenzkirch

Germany

Your Reference

Case-Ticket ID /

Registered Complaint Number:

Your ATMOS Contact Phone Number Fax E-Mail

+49 7653 689 292

- These goods have been purchased with ATMOS order number: _____
- It is opened a complaint case already with RMA number: _____
- ATMOS has made already a concernig quotation with number: _____
- It has been made already a repair under ATMOS order number: _____

List of goods to be returned (copy this document for a bigger list):

QTY	Item Number	Description	Serial Number

Reason of Return: (More than one selection is possible)

- Repair Still defective after service Quotation required
- Return for investigation / troubleshooting by registered complaint.
- Return due to replacement by ATMOS Sales Order No.: _____
- Wrong parts delivered
- Other kinds of return as agreed by ATMOS (Please note details)

Replacement:

- Replacement received already
- Order for replacement is placed already
- Please send a replacement
- No replacement required / Refund

Consistence of the returned goods:

- New, originally packed
- Used and complete
- Used but incomplete
- Defective



The hygienic consistence of the goods is flawless.

**The consignment of contaminated goods is prohibited.
ATMOS refuses the receipt of contaminated goods in general.**

Detailed Error Description / Other Notes concerning further processing / Accordingly happened communication :

Date:

Signature: