



Customer Complaint form

Anmälare/Distributör information:						
Anmälarens namn:		Kontakt person:				
Klinik:		Telefon nummer:				
E-post:		Adress:				
Land:						
Namn på sjukhus/distributör:						
Produktinformation:						
Enhet/Maskin:		Serie/Lot nummer:				
Tillbehör:						
<input type="checkbox"/> IP	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> RP	<input type="checkbox"/> SK	<input type="checkbox"/> AN	<input type="checkbox"/> BNC	<input type="checkbox"/> CA
Serie/Lot nummer:						
Beskrivning av händelse:						
Händelsedatum:						
Patient påverkad:		YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> , om JA vänligen ange informationen i textrutan nedan.				
Produkt kommer returneras:	<input type="checkbox"/>	Produkt kommer ej returneras	<input type="checkbox"/>	Kommentar:		
Datum:		Signatur:				

ProstaLund AB
Scheelevägen 19
SE-223 63 LUND
Sweden
E-mail: info@prostalund.com
www.prostalund.se