



## 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