

Produktbeanstandung | Product Complaint

Bitte laden Sie dieses Formular herunter, füllen es im PDF oder von Hand aus und senden es zusammen mit dem beanstandeten Produkt unterschrieben an: /Please download and fill in this form manually or PDF, sign and send together with the product in question to:

RIEMSER Pharma GmbH
Customer Complaint Service
Bahnhofstraße 44b
D-17489 Greifswald (Germany)

Bitte beachten Sie, dass wir anfallendes Porto nur in einer Höhe von 2,60 € rückerstatten
Please note that we do not reimburse postal charges more than 2,60 €

| | | |
|----------------------------|---|--|
| Sie sind You are | Patient / Anwender Patient / Customer Arzt o. Klinikpersonal Physician or hospital staff | Apotheker Pharmacist Großhändler Wholesaler |
| Anrede Salutation | Herr/Mr Frau/Ms Dr./MD. | |
| Name Last name | <input type="text"/> | Vorname First name <input type="text"/> |
| Firma Company | <input type="text"/> | |
| Straße Address | <input type="text"/> | |
| Stadt City | <input type="text"/> | PLZ ZIP <input type="text"/> |
| Telefon Phone | Büro/Office <input type="text"/> | Privat/Home <input type="text"/> |
| E-Mail e-Mail | <input type="text"/> | |

NUR BEI APOTHEKEN / GROSSHÄNDLERN
APPLICABLE FOR PHARMACIES / WHOLESALERS ONLY

Lieferung Nr. | Shipment. no

Betroffene Packungen | Packs affected

NUR BEI PATIENTEN / ANWENDERN
APPLICABLE FOR PATIENTS / CUSTOMERS ONLY

Wo und wann kauften Sie das Produkt?
Where and when did you buy the product?

Produktbezeichnung | Product Name

Chargennummer | Batch no.

Lesen Sie auf unserer Webseite wo Sie die Chargennummer finden
Please read on our website how to find the batch number

**Grund der Beanstandung
Reason for the complaint**

Name | Name

Datum | Date

Unterschrift | Signature

Benötigen Sie weitere Hilfe, kontaktieren Sie uns bitte über:
In case you need further assistance please write to:

cs@riemser.com