

Produktbeanstandung | Product complaint

Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben zusammen mit dem beanstandeten Produkt an folgende Adresse:

Please send the filled and signed form together with the concerned product to the following address:

Dermapharm GmbH
Kleeblattgasse 4/13
1010 Wien
Österreich

Kontaktdaten | Contact details:

Sie sind | You are Anwender | User Apotheker | Pharmacist
 Arzt o. Klinikpersonal | Physician or hospital staff Großhändler | Wholesaler

Anrede | Salutation Herr | Mr. Frau | Ms. Dr. | Title

Name | Last name Vorname | First Name

Firma | Company

Straße | Street

Stadt | City PLZ | ZIP

Telefon | Phone Büro | Office Privat | Home

E-Mail | E-Mail

Ersatzleistungen erfolgen basierend auf der gesetzlichen Gewährleistungsfrist (max. innerhalb von 2 Jahren ab Kauf).
Compensation will be made based on the legal warranty period (max. within 2 years starting from date of purchase).

Bei Apotheken/Großhändlern | Applicable for pharmacies/wholesalers:

Bitte legen Sie den Lieferschein (Kopie) bei. | Please attach the delivery note (copy).

Bei Anwendern | Applicable for customers:

Bitte legen Sie den Kaufbeleg (Kopie) bei. | Please attach the bill (copy).

Produktbezeichnung | Product name

Lot Nr. | Lot no.*

Bitte lesen Sie auf unserer Website, wo Sie die Lot Nr. finden | Please check on our website how to find the lot number.

Grund der Beanstandung | Please describe the problem exactly

Datum | Date

Unterschrift | Signature