

Termékreklamáció | Product complaint

Kérjük, hogy a kifogásolt terméket a kitöltött és aláírt nyomtatvánnyal együtt az alábbi címre legyen szíves visszaküldeni.
Please send the filled and signed form together with the concerned product to the following address:

Strathmann GmbH & Co KG Képviselete
1133 Budapest Ipoly u 5/F
Magyarország

Adatok | Contact details:

Ön | You are Felhasználó | User Gyógyszerész | Pharmacist
 Orvos vagy kórházi ápoló | Physician or hospital staff
 Nagykereskedő | Wholesaler

Megszólítás | Salutation Úr | Mr. Hölgly | Ms. Titulus | Title

Vezetéknév | Last name Keresztnév | First Name

Cég | Company

Utca | Street

Város | City PLZ | ZIP

Telefon | Phone Munkahely | Office

Otthoni | Home

E-Mail | E-Mail

A készülék cseréje a törvényileg meghatározott határidőn belül, a vásárlástól számított 2 éven belül lehetséges.
Compensation will be made based on the legal warranty period (max. within 2 years starting from date of purchase).

Gyógyszertárak/Nagykereskedő | Applicable for pharmacies/wholesalers:

Kérjük, mellékelje a szállítólevél másolatát. | Please attach the delivery note (copy).

Vásárlók részére | Applicable for customers:

Kérjük, mellékelje a vásárlást igazoló blokk másolatát. | Please attach the bill (copy).

A termék leírása | Product name

Gyártási szám | Lot no.*

A gyártási szám elhelyezkedését honlapunkon megtalálja. | Please check on our website how to find the lot number.

A reklamáció oka | Please describe the problem exactly

Datum | Date

Aláírás | Signature