

# Réclamation | Product complaint

Veillez envoyer le formulaire rempli et signé avec le produit concerné à l'adresse suivante:  
Please send the filled and signed form together with the concerned product to the following address:

**Dermapharm AG**  
Bösch 104  
6331 Hünenberg  
Suisse

## Détails du contact | Contact details:

Vous êtes | You are  Usager | User  Grossiste | Wholesaler  Pharmacien | Pharmacist  
 Médecin ou personnel hospitalier | Physician or hospital staff

Salutation | Salutation  M. | Mr.  Md. | Ms.  Titre | Title

Nom de Famille | Last name

Prénom | First Name

Entreprise | Company

Rue | Street

Ville | City  Code Postal | ZIP

Téléphone | Phone Bureau | Office  Domicile | Home

E-Mail | E-Mail

L'indemnisation sera effectuée sur base de la période de garantie légale (maximum 2 ans à compter de la date d'achat).  
Compensation will be made based on the legal warranty period (max. within 2 years starting from date of purchase).

### Applicable aux pharmacies/Grossistes: | Applicable for pharmacies/wholesalers:

Veillez joindre la facture (copie). | Please attach the delivery note (copy).

### Applicable pour les usagers | Applicable for customers:

Veillez joindre la facture (copie). | Please attach the bill (copy).

Nom du produit | Product name

numéro du lot | Lot no.\*

Veillez vérifier sur notre site Web comment trouver le numéro de lot. | Please check on our website how to find the lot number.

## Veillez décrire le problem exact. | Please describe the problem exactly

Date | Date

Signature | Signature