

Reclamación de producto | Product complaint

Envíe el formulario cumplimentado y firmado junto con el producto en cuestión a la siguiente dirección:
Please send the filled and signed form together with the concerned product to the following address:

LABORATORIOS VAZA S.L
Montevideo N° 3 – Nave 8 (Polg. Ind. Camporroso)
C.P 28806 - Alcalá de Henares (Madrid)
España

Detalles de contacto | Contact details:

Usted es | You are Usuario | User Médico o personal hospitalario | Physician or hospital staff Farmacéutico | Pharmacist Mayorista | Wholesaler

Tratamiento | Salutation Sr. | Mr. Sra. | Ms. Cargo/título | Title

Apellidos | Last name Nombre de Pila | First Name

Empresa | Company

Calle | Street

Ciudad | City C. postal | ZIP

Tel. | Phone Trabajo | Office Particular | Home

E-mail | E-Mail

El reemplazo del producto es posible dentro del período de garantía legal (máximo 2 años a partir de la fecha de compra).
Compensation will be made based on the legal warranty period (max. within 2 years starting from date of purchase).

Aplicable para farmacias/mayoristas | Applicable for pharmacies/wholesalers:

Adjunte el albarán de entrega (copia). | Please attach the delivery note (copy).

Aplicable para clientes | Applicable for customers:

Adjunte la factura (copia). | Please attach the bill (copy).

Nombre del producto | Product name

Nº de lote* | Lot no.*

*Consulte en nuestro sitio web cómo encontrar el número de lote. | Please check on our website how to find the lot number.

Describa el problema con exactitud | Please describe the problem exactly

Fecha | Date

Firma | Signature