



Customer Complaint form

Anmälare/Distributör information:			
Anmälarens namn:		Kontakt person:	
Klinik:		Telefon nummer:	
E-post:		Adress:	
Land:			
Namn på sjukhus/distributör:			
Produktinformation:			
Enhet/Maskin:		Serie/Lot nummer:	
Tillbehör:			
<input type="checkbox"/> IP	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> RP	<input type="checkbox"/> SK <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> BNC <input type="checkbox"/> CA
Serie/Lot nummer:			
Beskrivning av händelse:			
Händelsedatum:			
Patient påverkad:	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> , om JA vänligen ange informationen i textrutan nedan.		
Produkt kommer returneras:	<input type="checkbox"/>	Produkt kommer ej returneras	<input type="checkbox"/>
Kommentar:			
Datum:		Signatur:	

ProstaLund AB
Scheelevägen 19
SE-223 63 LUND
Sweden
E-mail: info@prostalund.com
www.prostalund.se