

# FORMULARZ ZGŁOSZENIA REKLAMACJI JAKOŚCIOWEJ

## DANE ZGŁASZAJĄCEGO

Imię, nazwisko /firma/:

ulica:

kod pocztowy, miejscowość:

telefon, faks:

## DANE KONTAKTOWE/ DANE DO WYSYŁKI

### WYROBY MEDYCZNE

Aesculap Chifa Sp. z o.o.  
 Dział Zarządzania Jakością - Reklamacje  
 ul. Tysiąclecia 14  
 64-300 Nowy Tomyśl  
 Tel. 61 44 20 132 / +48 795420252  
 Tel. 61 44 20 136  
 Fax. 61 44 37 500  
  
 e-mail: [reklamacje.pl@bbraun.com](mailto:reklamacje.pl@bbraun.com)

### PRODUKTY LECZNICZE

Pani Joanna Janosz – Kowalczyk  
 tel. +48 606330512  
 e-mail: [joanna.janosz-kowalczyk@bbraun.com](mailto:joanna.janosz-kowalczyk@bbraun.com)  
  
 Pani Sabrina Zielińska  
 tel. +48 532727020  
 e-mail: [sabrina.zielinska@bbraun.com](mailto:sabrina.zielinska@bbraun.com)

Symbol wyrobu	Nr partii/ nr seryjny	Ilość	Zgłaszana wada	Okoliczności zdarzenia	Nr umowy/ nr faktury	Data zakupu

informacja dotycząca stanu higienicznego przedmiotu zgłoszenia :

zdezynfekowane

niezdezynfekowane

\_\_\_\_\_  
 Data

\_\_\_\_\_  
 Podpis