mibeTec

Produktbeanstandung | Product complaint

Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben zusammen mit dem beanstandeten Produkt an folgende Adresse:
Please send the filled and signed form together with the concerned product to the following address:

Dermapharm AG
Bösch 104
6331 Hünenberg
Schweiz

Kontaktdaten | Contact details:

Sie sind | You are
- ◯ Anwender | User
- ◯ Apotheker | Pharmacist
- ◯ Arzt o. Klinikpersonal | Physician or hospital staff
- ◯ Großhändler | Wholesaler

Anrede | Salutation ◯ Herr | Mr. ◯ Frau | Ms. ◯ Dr. | Title

Name | Last name _____ Vorname | First Name _____

Firma | Company _____

Straße | Street _____

Stadt | City _____ PLZ | ZIP _____

Telefon | Phone Büro | Office _____ Privat | Home _____

E-Mail | E-Mail _____

Ersatzleistungen erfolgen basierend auf der gesetzlichen Gewährleistungsfrist (max. innerhalb von 2 Jahren ab Kauf).
Compensation will be made based on the legal warranty period (max. within 2 years starting from date of purchase).

Bei Apotheken/Großhändlern | Applicable for pharmacies/wholesalers:
Bitte legen Sie den Lieferschein (Kopie) bei. | Please attach the delivery note (copy).

Bei Anwendern | Applicable for customers:
Bitte legen Sie den Kaufbeleg (Kopie) bei. | Please attach the bill (copy).

Produktbezeichnung | Product name _____

Lot Nr. | Lot no.* _____

Bitte lesen Sie auf unserer Website, wo Sie die Lot Nr. finden | Please check on our website how to find the lot number.

Grund der Beanstandung | Please describe the problem exactly

_____

Datum | Date _____ Unterschrift | Signature _____