

טופס תלונה | Product complaint

נא לשלוח טופס זה מלא וחתום יחד עם המוצר הרלוונטי לכתובת הבאה:
Please send the filled and signed form together with the concerned product to the following address:

כרמל פיק בע"מ
רחוב אבא חושי 106
ת"ד 1273, עספיא

פרטי המתלונן: | Contact details

Pharmacist | רוקח User | צרכן You are | את/אתה

Wholesaler | ספק Physician or hospital staff | רופא או צוות בית חולים

Dr. | ד"ר Ms. | גברת Mr. | מר Salutation | נא לסמן

First Name | שם פרטי Last name | שם משפחה

Company | חברה

Street | רחוב

ZIP | מיקוד City | עיר

Home | פרטי Office | משרד Phone | טלפון

E-Mail | כתובת מייל

פיצוי יבוצע בהתאם לתקופת האחריות (לכל היותר תוך שנה ממועד הרכישה)
Compensation will be made based on the legal warranty period (max. within one years starting from date of purchase).

Applicable for pharmacies/wholesalers | מיועד לספקים ורוקחים
Please attach the delivery note (copy). | אנא צרף את חשבון המשלוח (העתק).

Applicable for customers | מיועד לצרכנים
Please attach the bill (copy). | נא לצרף את החשבונית/קבלה.

Product name | שם מוצר

Lot Nr. | מספר סידורי

נא לברר באתר שלנו כיצד למצוא את המספר הסידורי. | Please check on our website how to find the lot number.

אנא לתאר את התקלה באופן מדויק | Please describe the problem exactly

Signature | חתימה

Date | תאריך