

Productreclamatie | Product complaint

Stuur dit formulier ingevuld en ondertekend samen met het product waarover u de klacht hebt op naar het volgende adres:
Please send the filled and signed form together with the concerned product to the following address:

Bos Pharma Service
Hurnestraat 105
7572 Oldenzaal
Nederland

Contactgegevens | Contact details:

U bent | You are Gebruiker | User Apotheker | Pharmacist
 Arts of klinisch personeel | Physician or hospital staff Groothandelaar | Wholesaler

Aanspreekvorm | Salutation De heer | Mr. Mevrouw | Ms. Dr. | Title

Naam | Last name Voornaam | First Name

Bedrijf | Company

Straat | Street

Plaats | City Postcode | ZIP

Telefoon | Phone Kantoor | Office Privé | Home

E-mail | E-Mail

Schadeloosstelling vindt plaats op basis van de wettelijke garantietermijn (max. binnen 2 jaar vanaf de aankoopdatum).
Compensation will be made based on the legal warranty period (max. within 2 years starting from date of purchase).

Bij apothekers/groothandelaars | Applicable for pharmacies/wholesalers:

Gelieve de pakbon (kopie) bij te voegen. | Please attach the delivery note (copy).

Bij gebruikers | Applicable for customers:

Gelieve het aankoopbewijs (kopie) bij te voegen. | Please attach the bill (copy).

Productnaam | Product name

Lot-nr. | Lot no.*

Op onze website leest u waar u het lot-nr. kunt vinden. | Please check on our website how to find the lot number.

Reden van de reclamatie | Please describe the problem exactly

Datum | Date

Handtekening | Signature