

Bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder komplett aus, damit Probleme im Vorfeld vermieden werden können. Wir bemühen uns um eine schnelle und unkomplizierte Abwicklung Ihres Anliegens.

Mit welchem/er Mitarbeiter/in haben Sie die Rücksendung vorher telefonisch besprochen?

Name des/r Mitarbeiter/in: _____ Datum des Gesprächs: _____

Ihre Kundennummer: _____

Firmenstempel:

Ansprechpartner: _____

Telefonnummer: _____

Um welchen Artikel handelt es sich:

Art: Otoplastik Gehörschutz Schläuche Laborzubehör

Form: Ring Schale Spange Kralle Stöpsel

Kasse Folie SLIM EX-Hörer

Kommission: _____

- Rückgabegrund**
- Kunde hat Versorgung abgebrochen
 - Kunde ist verstorben
 - Kunde hat Probleme mit dem Sitz (bitte Feld „Bemerkung“ ausfüllen)
 - Ware wurde nicht wie bestellt gefertigt (bitte Feld „Bemerkung“ ausfüllen)
 - Ware wurde defekt angeliefert
 - Ware zur Reparatur (bitte Feld „Bemerkung“ ausfüllen)

Bemerkung _____

Wird von Haus der Hörtechnik ausgefüllt

Produktionsnummer: _____ Kommission: _____

Lieferschein-Nr.: _____ Rechnungs-Nr.: _____

Anpassgarantie: Ja Nein Gutschrift: Ja Nein Bearbeiter: _____

Reklamation: Ja Nein Grund: _____

Berechnete Neuanfertigung Lieferschein-Nr.: _____

Ohrstück erhalten und gutgeschrieben Bearbeiter: _____