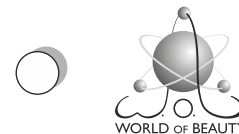


Goldeneye P.S. GmbH
Mittelwegring 31
D-76751 Jockgrim

Retouren-Formular

(Marke bitte ankreuzen)

Tel. 0 72 71 - 98 999-10
Fax 0 72 71 - 98 999-11
info@goldeneye.de
www.goldeneye.de



Alle Retouren bitte frei machen! Bitte beachten Sie, dass wir das Porto für unfreie oder nicht ausreichend frankierte Rücksendungen nachberechnen müssen. Ihre Rücksendung kann zudem nur bei komplett ausgefülltem Retouren-Formular bearbeitet werden.

**Rücksendungen Produkte und
Gerätetechnik (Reparaturen):**

Goldeneye P.S. GmbH
Mittelwegring 31
76751 Jockgrim

Ihre Anschrift

Institut / Firmenname

Telefon

Name / Vorname / Ansprechpartner

Mobil

Strasse / Hausnr.

eMail

PLZ / Ort

Ihre Kundennummer

zuständiger Kundenbetreuer / Sachbearbeiter laut Rechnung

Lieferdatum

Rechnungsnummer

Anzahl	Artikel-Nr.	Chargen-Nr. / bei Geräten Serien-Nr.	Artikelbezeichnung	Grund (Ziffer s.u.)	Gesamt EK in Euro
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Retourengrund (bitte die Ziffer oben angeben):

- 1 Transportschaden (muss bei Anlieferung beim Zusteller reklamiert und dokumentiert sein)
- 2 Falschlieferrung
- 3 technischer Defekt

- 4 beschädigte Umverpackung Produkt
- 5 Sonstiges (bitte unter "Bemerkungen" näher erläutern)

Bemerkungen

Ersatz wurde bereits geleistet? Wenn ja - wann und durch wen?

ja nein

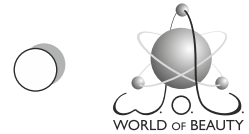
Datum und Name

Ort und Datum

Unterschrift

Achtung: bitte für jeden Artikel einzeln ausfüllen!

Falls notwendig bitte kopieren oder zweites Formular anfordern bzw. auf der Homepage downloaden



Anzahl	Artikel-Nr.	Chargen-Nr.	Artikelbezeichnung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

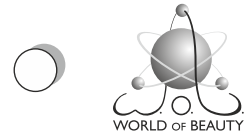
Reklamation betrifft

<u>Produkt</u>	<u>Verpackung / Behälter</u>	<u>Bemerkungen</u>
<input type="radio"/> Aussehen	<input type="radio"/> beschädigt	
<input type="radio"/> Geruch	<input type="radio"/> verschmutzt	
<input type="radio"/> Konsistenz	<input type="radio"/> Funktionalität	

Kunden-Reklamation / Hautreaktion

<input type="radio"/> Brennen	<input type="radio"/> Schwellung	Wo traten die Beschwerden auf?	Wurde ein Arzt aufgesucht?
<input type="radio"/> Juckreiz	<input type="radio"/> Schuppung	<input type="radio"/> lokal an der Anwendungsstelle	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Spannungsgefühl	<input type="radio"/> Akne	<input type="radio"/> darüber hinaus	Allergiepass vorhanden?
<input type="radio"/> Pickel	<input type="radio"/> Bläschen	<input type="radio"/> am ganzen Körper	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Rötung	<input type="radio"/> andere _____		

<u>Bemerkungen</u>	<u>Name / Vorname betroffene Kundin</u>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<u>Telefonisch erreichbar unter</u>
	<input type="text"/>



Anzahl	Artikel-Nr.	Chargen-Nr.	Artikelbezeichnung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Reklamation betrifft

<u>Produkt</u>	<u>Verpackung / Behälter</u>	<u>Bemerkungen</u>
<input type="radio"/> Aussehen	<input type="radio"/> beschädigt	
<input type="radio"/> Geruch	<input type="radio"/> verschmutzt	
<input type="radio"/> Konsistenz	<input type="radio"/> Funktionalität	

Kunden-Reklamation / Hautreaktion

<input type="radio"/> Brennen	<input type="radio"/> Schwellung	Wo traten die Beschwerden auf?	Wurde ein Arzt aufgesucht?
<input type="radio"/> Juckreiz	<input type="radio"/> Schuppung	<input type="radio"/> lokal an der Anwendungsstelle	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Spannungsgefühl	<input type="radio"/> Akne	<input type="radio"/> darüber hinaus	Allergiepass vorhanden?
<input type="radio"/> Pickel	<input type="radio"/> Bläschen	<input type="radio"/> am ganzen Körper	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Rötung	<input type="radio"/> andere _____		

<u>Bemerkungen</u>	<u>Name / Vorname betroffene Kundin</u>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<u>Telefonisch erreichbar unter</u>
	<input type="text"/>