

DENTSPLY CORPORATE PRODUCT COMPLAINT HANDLING REPORT

DENTIST PRODUCTS and ANESTHETIC

<u>DATA RECLAMO:</u>	<u>COMPLAINT N°:</u>
-----------------------------	-----------------------------

DATI DEL RECLAMANTE:

NOME DEL CLIENTE / Name of Customer:

CODICE CLIENTE:

INDIRIZZO / Address:

ORARIO DI APERTURA:

TELEFONO /Phone n.:

E-mail:

INFORMAZIONI SUL PRODOTTO:

DESCRIZIONE / descr.:

CODICE /code:

QUANTITA'/qty.:

N° LOTTO / lot-nr.:

DATA DI SCADENZA / Exp. date:

DATA ACQUISTO/VENDITA PROD.:

Rif.Ft./ddt. di vendita al dentista:

DESCRIZIONE DEL PROBLEMA:

Description of alleged event or problem:

DATA E FIRMA DELL'AGENTE O KEY ACCOUNT

DATA E FIRMA DEL CLIENTE

APPROVAZIONE COMPLAINT: SI / NO

NOME DEL PRODUTTORE

DATA APPROV.: _____

COD. AUTO FATT.: _____ **COD. SHIP-TO:** _____

N.° ORDINE SOSTITUZIONE: _____

DATA ORDINE SOST.: _____

DATA CHIUSURA COMPLAINT: _____

(Da compilare a cura del CS DENTSPLY)

Nel caso in cui Vs. reclamo verrà approvato, Vi verrà inviata la **sostituzione gratuita** direttamente dal Ns. magazzino.