



Rücksendeformular

Kundennummer / Kunde

Ansprechpartner

Datum

Rücksendung zur Gutschrift

Seriennummer (SN)	CL-Typ	Referenz	Bemerkungen

Andere Gründe für die Rücksendung

Seriennummer (SN)	Dienstleistung
	<input type="checkbox"/> Intensivreinigung
	<input type="checkbox"/> Kontrolle, Messung
	<input type="checkbox"/> Sterilisation
	<input type="checkbox"/> Ø reduzieren auf mm
	<input type="checkbox"/> dpt ändern auf dpt
	<input type="checkbox"/> Rand verrunden
	<input type="checkbox"/> Bevel öffnen
	<input type="checkbox"/> Stutzkante bei ° TABO
	<input type="checkbox"/> Oberflächenpolitur
	<input type="checkbox"/> Plasmabehandlung

Seriennummer (SN)	Reklamation
	<input type="checkbox"/> Bruch
	<input type="checkbox"/> Sehschärfe ungenügend
	<input type="checkbox"/> Fremdkörpergefühl
	<input type="checkbox"/> abweichende Parameter
	<input type="checkbox"/> Benetzung
	<input type="checkbox"/> Stabilisation
	<input type="checkbox"/> Ablagerungen
	<input type="checkbox"/> Fehl-Lieferung

Zusätzliche Angaben

- Ersatzlinsen von uns bereits bestellt:
SN: _____
- Wir bitten um Überprüfung mit Bericht
- Wir bitten um Rückruf
- _____