

Bitte dieses Rücksendeformular für Medizintechnik vollständig ausgefüllt der Ware beilegen.

Versandadresse für die Rücksendung:	ORMED GmbH a company of Enovis Bötzingen Straße 90 79111 Freiburg
--	---

Es gelten die Rücksende-Richtlinien der ORMED GmbH.

Kundenadresse:	
Kunden-Nr.*	Ansprechpartner/in:*
LS Nr. / Auftrags-Nr.*	
Name*	Tel. Nr.*
Straße*	Fax-Nr.
PLZ/Ort*	E-Mail*

Ggfls. abweichende Rechnungsadresse oder Lieferadresse sind rückseitig einzutragen.

Retouren Ablauf: [Enovis | Retouren Medizintechnik](#)

1. Rücksendeformular ausfüllen und vorab per E-Mail an Medizintechnik@enovis.com senden.
2. Sie erhalten von uns einen Reparaturauftrag.
3. Senden Sie Ihr Produkt gemeinsam mit diesem ausgefüllten Formular und dem von uns erhaltenen Reparaturauftrag an Ormed GmbH ein.

Zu beachten:

- Nur vollständig ausgefüllte und leserliche Formulare können verzögerungsfrei bearbeitet werden.
- Pro Reparatur / Retouren Artikel ist ein Formular auszufüllen.

Artikel-Bezeichnung* des Medizinproduktes			
Artikel Nr.*			
SN Nr.*			
Enthaltenes Zubehör:* Lieferumfang	Handkontroller <input type="checkbox"/>	Bewegungsarm <input type="checkbox"/>	Netzkabel <input type="checkbox"/>
	Sonstiges Zubehör:		

RÜCKSENDEGRUND des Kundenartikels*		
Reparatur <input type="checkbox"/>	Service / Wartung <input type="checkbox"/>	Falschliefenung <input type="checkbox"/>
Detaillierte Fehlerbeschreibung des defekten Gerätes*		

RÜCKLIEFERUNG eines Ormed Artikels*		
Ersatzgerät <input type="checkbox"/>	Probestellung <input type="checkbox"/>	Mietgerät <input type="checkbox"/>
Sonstige RÜCKLIEFERUNG		

Die folgende Tabelle ist bei abweichender Rechnungsadresse von der Kundenadresse auszufüllen:

Rechnungsadresse:	
Rechnungsempfänger:	Ansprechpartner/in:*
Name	Tel. Nr.
Straße	Fax-Nr.
PLZ/Ort	E-Mail

Die folgende Tabelle ist nur bei abweichender Lieferanschrift von der Kundenadresse auszufüllen:

Lieferadresse:	
Lieferanschrift:	Ansprechpartner/in:
Name	Tel. Nr.
Straße	Fax-Nr.
PLZ/Ort	E-Mail
Anlieferzeiten:	Anlieferbedingung:

Erklärung:

Mit der folgenden Unterschrift erklären Sie, dass durch das einzusendende Produkt kein Patient oder Anwender im Sinne des Medizinproduktegesetzes verletzt worden oder zu Schaden gekommen ist. Andernfalls hat eine sofortige, schriftliche Meldung an den Hersteller Ormed GmbH zu erfolgen, damit die weitere Prüfung und Bewertung, sowie die Kennzeichnung des Produktes nach den gesetzlichen Vorgaben eingeleitet werden kann.

Ort, Datum*	Unterschrift*, Firmenstempel
-------------	------------------------------

* Pflichtfelder: Retouren können nur mit diesen Angaben bearbeitet werden.
 Nicht anwendbare Felder sind durch „N/A“ oder ein „-“ eindeutig zu kennzeichnen.