

**Datum:**

Felder, die mit \* markiert sind, sind Pflichtfelder

Bei berechtigten Ansprüchen werden neue Rechnungen automatisch ausgestellt. Wir werden Sie nur dann kontaktieren, wenn Einzelheiten benötigt werden oder wenn der Anspruch abgelehnt wird.

Kontaktdaten	
Name des Krankenhauses / der Firma*	
Kundennummer	
Name der Kontaktperson*	
Kontakttelefonnummer*	
E-Mail*	

Einzelheiten der Reklamation	
Rechnungsnummer*	
Lieferscheinnummer	
Bestellnummer	

Preisreklamation			
Produktnummer*	erwarteter Preis *	Masseinheit (Stück oder Verpackung)*	Vertragsdetails/Angebotsnummer

Falls die Reklamation den Preis nicht betrifft, geben Sie bitte den anderen Grund der Reklamation an (mit einem "X" markieren)

SONSTIGES - Bitte geben Sie die in Klammern angegebenen Informationen im Feld unten an					
<input type="checkbox"/>	falsche Kundennummer (korrekte Nummer / Rechnungsanschrift)	<input type="checkbox"/>	falsche Bestellnummer (korrekte Bestellnummer)	<input type="checkbox"/>	falsche/fehlende Informationen (länderspezifische Daten)
<input type="checkbox"/>	falsches Produkt (korrekte Produktnummer / Seriennummer)	<input type="checkbox"/>	falsche Menge (Produktnummer / Lotnummer, erhaltene Menge)	<input type="checkbox"/>	falsche MwSt. (Produktnummer, erwarteter Wert)
<input type="checkbox"/>	Doppelberechnung (doppelte Rechnungsnummer)	<input type="checkbox"/>	Abliefernachweisanfrage (Lieferschein, Abliefernachweis)	<input type="checkbox"/>	Andere ... (Geben Sie bitte die Einzelheiten unten an)

**Details:**