F 754-002		Begleitschein für Rücksendungen (Ticket of Return) **Vom Kunden auszufüllen und per Email senden an:** **(To be sent by user via email to:)** **service@axcentmedical.com**	axcent medical
Datum: (Date)	31.08.2018		
Rev.:	1.0		
Seite: (Page:)	**1 / 1**		

ToR-Nummer:
Erstellt von: aXcent medical
(Filled in by:) _____ / _____ | ____

Kunde, Krankenhaus: (Customer, hospital:)	Name:	Plz, Ort: (Postal code, City:)	
	Straße: (Street:)	Land: (Country):	Kundennummer: (Customer number:)
Kontakt Person (Abteilung/Techniker): (Contact person section/ward/technician:)	Name:	e-mail:	
	Telefon: (Phone:)	Mobil: (Mobile:)	
Gerätedaten: (Device data:)	Gerätetyp: (Type of machine:)	Seriennummer: (Serial number:)	
Fehlerbeschreibung: (Fehlerbeschreibung so ausführlich wie möglich. Angabe von Umgebungsbedingungen, Häufigkeit, nach welcher Laufzeit, etc. . Wenn möglich, Bilder oder Video zusenden.) Description of failure/problem: (Please include full details such as operating environment, occurrence of the problem, frequency, etc. If possible provide image or video.)			
	Häufigkeit des Fehlers: (Frequency of malfunction:)	Ständig: (Always:) ☐	Zeitweise: (Sometimes:) ☐ Selten: (Rarely:) ☐

Achtung: Rücksendungen werden nur bearbeitet, wenn der Gegenstand gereinigt bzw. desinfiziert ist. Der hier Unterzeichnende bestätigt eine entsprechende Vorbehandlung. Nicht gereinigte bzw. nicht desinfizierte Waren werden nicht weiterbearbeitet. Die aXcent Medical GmbH behält sich vor, kontaminierte Waren über den örtlichen Entsorger zu vernichten.

(Attention: Returns are only processed if the item is cleaned and disinfected. The person in charge confirms a corresponding pre-treatment by signature. Uncleaned or not disinfected goods are not further processed. aXcent Medical GmbH reserves the right to destroy contaminated goods via a local disposal company.

Datum: (Date:) _____ Unterschrift: (Signature:) _____ Stempel: (Stamp:)