Produktbeanstandung | Product complaint

Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben zusammen mit dem beanstandeten Produkt an folgende Adresse:
Please send the filled and signed form together with the concerned product to the following address:

mibeTec GmbH
Münchener Str. 15
D-06796 Brehna

Kontaktdaten | Contact details:

Sie sind | You are
◯ Anwender | User ◯ Apotheker | Pharmacist
◯ Arzt o. Klinikpersonal | Physician or hospital staff ◯ Großhändler | Wholesaler

Anrede | Salutation ◯ Herr | Mr. ◯ Frau | Ms. ◯ Dr. | Title

Name | Last name _____ **Vorname | First Name** _____

Firma | Company _____

Straße | Street _____

Stadt | City _____ **PLZ | ZIP** _____

Telefon | Phone **Büro | Office** _____ **Privat | Home** _____

E-Mail | E-Mail _____

Ersatzleistungen erfolgen basierend auf der gesetzlichen Gewährleistungsfrist (max. innerhalb von 2 Jahren ab Kauf).
Compensation will be made based on the legal warranty period (max. within 2 years starting from date of purchase).

Bei Apotheken/Großhändlern | Applicable for pharmacies/wholesalers:
Bitte legen Sie den Lieferschein (Kopie) bei. | Please attach the delivery note (copy).

Bei Anwendern | Applicable for customers:
Bitte legen Sie den Kaufbeleg (Kopie) bei. | Please attach the bill (copy).
Bitte beachten Sie, dass wir anfallendes Porto nur in einer Höhe von 2,90€ rückerstatten. |
Please note that we do not reimburse postal charges beyond 2,90€.

Produktbezeichnung | Product name _____

Lot Nr. | Lot no.* _____
Bitte lesen Sie auf unserer Website, wo Sie die Lot Nr. finden | Please check on our website how to find the lot number.

Grund der Beanstandung | Please describe the problem exactly

Datum | Date _____ **Unterschrift | Signature** _____