

Produktbeanstandung | Product Complaint

Bitte laden Sie dieses Formular herunter, füllen es im PDF oder von Hand aus und senden es zusammen mit dem beanstandeten Produkt unterschrieben an:
Please download and fill in this form manually or as PDF, sign and send together with the product in question to:

RIEMSER Pharma GmbH
QM/Customer Complaints
Bahnhofstraße 44b
D-17489 Greifswald
(Germany)

Beanstandungen bezüglich bite away® und Herpothem® richten Sie bitte an/
Please address any complaints regarding bite away® and Herpothem®:

mibeTec GmbH
Tel.: +49 (0) 800 1623 509 Fax: +49 (0) 34954 247 27179
Mail: contact.mibetec@dermapharm.com

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).

Sie sind | You are

Patient / Anwender | Patient / Customer Apotheker | Pharmacist
Arzt o. Klinikpersonal | Physician or hospital staff Großhändler | Wholesaler

Anrede | Salutation

Herr / Mr. Frau / Ms. Dr. / MD.

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

Firma | Company

Straße | Address

Stadt | City **PLZ | ZIP**

Telefon | Phone Büro/Office Privat/Home

E-Mail | e-mail

IBAN:

NUR BEI APOTHEKEN/GROSSHÄNDLERN
APPLICABLE FOR PHARMACIES/WHOLESALERS
ONLY

Lieferung Nr. | Shipment. no

Betroffene Packungen | Packs affected

NUR BEI PATIENTEN/ANWENDERN
APPLICABLE FOR PATIENTS/CUSTOMERS ONLY

Wo und wann kauften Sie das Produkt?
Where and when did you buy the product?

Produktbezeichnung | Product Name

Chargennummer | Batch no.
Lesen Sie auf unserer Webseite, wo Sie die Chargennummer finden
Please read on our website how to find the batch number

Grund der Beanstandung
Reason for the complaint

Name | Name **Datum | Date** **Unterschrift | Signature**

Benötigen Sie weitere Hilfe, kontaktieren Sie uns bitte über:
In case you need further assistance please write to: complaints@riemser.com