

Medtronic

MODULO RESI

Per poter procedere alla sua Richiesta di Reso, la preghiamo di compilare questo modulo elettronicamente ed inviarlo via email a:

rs.returnCH@medtronic.com

DETTAGLI CONTATTO

Ragione Sociale*	
Numero di conto	
Contatto*	
Numero di telefono*	
E-mail di contatto*	

DETTAGLI RITIRO

Dipartimento* - per favore assicurarsi che il corriere abbia accesso al punto di ritiro		
Numero di telefono punto di ritiro		
Indirizzo punto di ritiro*		
Città*	Codice Postale*:	
Numero di colli*		
Numero di colli col peso superiore a 45 kg*	# Pallets*:	
Dimensioni Lunghezza x Larghezza x Altezza (in cm)		
Data di ritiro <i>(per favore aggiungere 2 giorni dalla data di richiesta)</i>		
orario di apertura del posto di raccolta <i>(segnare con una "X")</i>	<input type="checkbox"/> 7.00-14.00 <input type="checkbox"/> 8.00-15.00 <input type="checkbox"/> 9.00-16.00	
Indicare la ragione primaria del reso* <i>(segnare con una "X")</i>		
Per i resi Field Action usare un modulo resi diverso (come riportato nella comunicazione del Field Action).		
<input type="checkbox"/> Ricevuta quantità errata	<input type="checkbox"/> Ordinato prodotto errato	<input type="checkbox"/> Ricevuto prodotto errato
<input type="checkbox"/> Prodotto danneggiato	<input type="checkbox"/> Doppia consegna	<input type="checkbox"/> Prodotto a breve scadenza
<input type="checkbox"/> Ritardo nella consegna	<input type="checkbox"/> Spedito all'indirizzo sbagliato	<input type="checkbox"/> Altro ...
Riferimento interno/testo - <i>sarà stampato sulla fattura</i> Es. L'infermiera X ha commesso un errore all'inserimento dell'ordine		

PRODOTTI DA RESTITUIRE

Numero di fattura, bolla*	Codice articolo*	Quantità*	Unità di misura (EA, CT, CA, PK)	Lotto o Numero di Serie*	Data di scadenza

Si prega di preparare la merce secondo le istruzioni di imballaggio che saranno fornite dopo la conferma & rimuovere le etichette dalla spedizione in entrata.

Data: *Campi obbligatori

Medtronic