



Date de réclamation

Document Qualité

RÉCLAMATION CLIENT - PANSEMENT CEREDERM®

Merci de renvoyer ce formulaire dûment rempli par voie postale, fax ou e-mail (reclamation@cereplas.com). Tout retour de produit doit systématiquement être accompagné de ce formulaire. Ce formulaire peut être renvoyé seul.

VOTRE COMMANDE CHEZ CEREPLAS

Nom, prénom du client :

✉ Adresse complète du client :

☎ Tél :

☎ Fax :

@ e-mail :

N° de votre commande :

Date de votre commande :

Adresse de facturation (si différente) :

VOTRE RÉCLAMATION – PANSEMENT CEREDERM®

Identification du pansement

Référence :

Numéro de lot :

TRAITEMENT APPLIQUÉ

(à remplir par CEREPLAS)

Rupture de stock

Référence souhaitée :

Remarque(s) :

Référence demandée en fabrication

Échange

Remboursement

Autres :

Le pansement présente un défaut

Ne colle pas

Mal coupé

Autre, précisez :

Incident

Réaction cutanée : Eczéma / Prurit / Allergie / Erythème

Infection

Saignement

Douleur

Macération

Rupture de la cicatrice

Autre, précisez :

Circonstances de survenue / Conséquences cliniques :

Le traitement a-t-il été interrompu suite à ce problème ? Oui Non

Si oui, le problème constaté persiste-t-il malgré l'arrêt du traitement ? Oui Non

Déclaration à l'autorité compétente réalisée ? Oui Non *Si oui, N° de déclaration :*

Autre(s) réclamation(s), précisez :

N° ENREGISTREMENT :

(À compléter par le service qualité de CEREPLAS)

Transmis au service Qualité de CEREPLAS le

CEREPLAS s'engage à vous répondre sous 3 semaines, suivant la date de réception au service Qualité