



## Reklamationsblankett medicinsk gas och utrustning

Ange typ av fel på den reklamerade produkten, inklusive beskrivning av hur felet upptäcktes och om någon ytterligare utrustning var inblandad i händelsen (\* = obligatorisk uppgift). Skickas till [healthcare.se@linde.com](mailto:healthcare.se@linde.com).

Kundinformation				
*Datum när felet på produkten upptäcktes				
*Reklamerande verksamhet				
*Kontaktuppgift till verksamheten (E-post /tel.nr)				
*Kundnummer (Kan erhållas via Kundcenter)				
SAP ordernummer (finns på leveranssedeln.)				
Önskas återkoppling efter avslutad utredning	Nej	Ja, e-post	Ja, telefon	Ja, brev
Produktinformation				
*Produkttyp	Gasflaska/ LOX-kärl	Utrustning		
*Lindes produktnamn				
*Lindes artikelnummer				
*Storlek (Fylls ej i för utrustning)				
*Batchnummer (Fylls ej i för utrustning)				
* Individnummer/Serienummer -752 xxx xxx på Gasflaska och LOX produkter -Serienummer på utrustningar				
Person eller Egendomsskada				
*Har personskada förekommit	Ja	Nej		
*Har egendomsskada förekommit	Ja	Nej		
*Om svaret är ja på personskada så skall all information kring händelsen bifogas under kompletterande information eller separat bilaga och skickas till Linde inom 24 timmar.	Bilder	Dokument	Övrigt	N/A
Felbeskrivning Gasflaska/LOX-kärl				
Flaskan/kärlet var ej full vid leverans	Ange tryck/nivå på manometern/indikatorn			
Flaskan/kärlet går ej att ansluta	Ventilen går ej att öppna			
Flaskan/kärlet läcker	Flaskan/kärlet går ej att ansluta			
Etikett/etiketter saknas eller är skadade	Flaskan/kärlet är kontaminerat			
Kompletterande information / Övrigt fel. Beskriv felet				
Önskas en ersättande produkt	Ja, snarast	Ja, vid nästa leverans	Nej	
Felbeskrivning Utrustning				
Beskriv felet på utrustningen.				

Skickas till vårt kundcenter via e-post [healthcare.se@linde.com](mailto:healthcare.se@linde.com)