

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 PDF, sign and send together with the product in question to:

RIEMSER Pharma GmbH
Customer Complaint Service
Bahnhofstraße 44b
D-17493 Greifswald (Germany)

Bitte beachten Sie, dass wir anfallendes Porto nur in einer Höhe von 2,60 € rückerstatten.
Please note that we do not reimburse postal charges more than 2,60 €.

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

NUR BEI APOTHEKEN / GROSSHÄNDLERN
APPLICABLE FOR PHARMACIES / WHOLESALERS ONLY

Lieferung Nr. | Shipment. no

Betroffene Packung | 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. Sollten Sie Schwierigkeiten haben, die Chargennummer ausfindig zu machen, melden Sie sich gerne bei uns.
Please read on our website how to find the batch number. Please feel free to contact us if you should have difficulties locating the lot 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:

cs@riemser.com