

Veillez joindre à votre retour de produit le formulaire ACS dûment rempli, afin que nous disposions de toutes les données pertinentes pour un traitement rapide. Merci beaucoup.

Please enclose the fully completed ACS form with your product return so that we already have all the relevant data for rapid processing. Thank you very much!

REPRÉSENTANT BLATCHFORD DE VOTRE SECTEUR : RESPONSIBLE BLATCHFORD FIELD SERVICE:

ACS SERVICE

Veillez envoyer le numéro de traitement ACS par e-mail avec le formulaire rempli. Demandez le formulaire -> il est attribué par Blatchford.
Please request the ACS processing number by e-mail with completed form -> will be assigned by Blatchford.

e-mail: acs@blatchford.de

Veillez marquer le produit retourné avec ce numéro ACS du service clientèle.

Please label the returned product with this ACS number.

Numéro de client :

Client number:

ORGANISME RESPONSABLE ORIGINATOR OF REPORT

Magasin de matériel médical:

Facility:

DONNÉES UTILISATEUR PATIENT DETAILS

Non identifiable
Référence du patient :

Non-identifiable
Patient Reference:

Poids de l'utilisateur:

Weight:

Coté d'amputation :

Amputation Side:

Gauche	Droite	Bilatéral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Niveau d'amputation :

Level of Amp:

TT/BK	DDG/KE	TF/AK	DDH/HE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Profession :

Occupation:

Niveau d'activité :

Activity Level:

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indice de charge (pieds) :

Impact Level (Feet):

Faible Low	Modéré Mod	Élevé High
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Exigences d'utilisation spécifiques :

Special usage requirements:

INFORMATIONS SUR L'APPROVISIONNEMENT EN PROTHÈSE(S) DETAILS OF LIMB INVOLVED

Nom du produit :

Product Description:

HISTORIQUE DU PRODUIT PRODUCT HISTORY

N° de facture/bordereau de livraison :

Original Purchase Order / Invoice No:

Date d'achat :

Purchase Date:

INFORMATIONS SUR LE RETOUR DETAILS OF CLAIM

Code produit :

Product Code:

Numéro de série :

SN / Batch Code:

Date de l'installation :

Date Fitted:

Date échouée :

Date Failed:

Motif du retour :

(Description de l'erreur)

Reason for Return:
(Error description)

Test/passerelle :

Test/Loaner:

Oui/Yes

Non/No

Réparation : Repair: Oui/Yes

Non/No

Maintenance : Service: Oui/Yes

Non/No

Unité de Prêt nécessaire pendant la période de révision/réparation?

Loan unit necessary during service time?

Oui/Yes

Non/No

N° de téléphone :

Contact Tel:

E-Mail:

Date :

En cas d'absence de droit à la garantie, nous ne vous renverrons pas le produit, sauf si vous cochez la case :

In the event of your warranty claim being rejected, we will not return the item to you, unless you the box:

CAB USE ONLY / À REMPLIR UNIQUEMENT PAR BLATCHFORD :

Warranty Approved

YES / NO*

Signed:

Date:

REMEMBER, to return part to customer if box

Blatchford Europe GmbH, Am Prime-Parc 4, 65479 Raunheim, Germany  +49 6142-48148-0 | acs@blatchford.de

Remarque : veuillez noter que les informations et les données personnelles reçues ne seront utilisées que pour le traitement interne du service.

Ref: Data Protection Act - Please note that the information received will only be used for the internal processing of this claim.