

Modulo Reclami

Utilizzare questo modulo per segnalare problemi relativi alla fornitura (qualità, quantità, consegna) di prodotti medicali, ausili o dispositivi.

1. Dati del Reclamante (Acquirente)

Campo	Dettagli da Inserire
Nome e Cognome/Ragione Sociale	
Indirizzo di Spedizione/Fornitura	
Telefono	
Indirizzo E-mail	
Codice Cliente/Partita IVA	
Referente (se Azienda)	

2. Dettagli dell'Ordine e del Prodotto Contestato

Riferimento	Dettagli da Inserire
Numero Ordine/Fattura di Riferimento	
Data dell'Ordine	
Data di Ricezione della Merce	
Codice/Nome del Prodotto Contestato (es. Carrozzina Modello X, Sonda Y)	
Lotto/Numero di Serie del Prodotto (OBBLIGATORIO se possibile)	
Quantità Ordinata/Contestata	

3. Causa e Natura del Reclamo

Si prega di selezionare la categoria del problema principale:

3.1 Categoria di Reclamo

- **Difetto di Prodotto/Qualità:**
 - ☐ Prodotto non funzionante (DOA - Dead On Arrival)
 - ☐ Difetto strutturale o funzionale (specificare dove: _____)
 - ☐ Non conformità alle specifiche tecniche (specificare: _____)
- **Logistica/Consegna:**
 - ☐ Prodotto errato (non quello ordinato)
 - ☐ Mancanza di accessori/componenti
 - ☐ Danno dovuto al trasporto (imballaggio danneggiato)
 - ☐ Quantità errata (consegnato in meno/più)
 - ☐ Ritardo nella consegna
- **Documentazione/Amministrazione:**
 - ☐ Documentazione mancante (es. Manuale, Certificato di Conformità)
 - ☐ Errore di Fatturazione
 - ☐ Altro (specificare): _____

3.2 Descrizione Dettagliata

Descriva il difetto o l'errore riscontrato. Se il danno è di trasporto, descrivere lo stato dell'imballaggio al ricevimento.

4. Soluzione Richiesta

Specificare chiaramente come si desidera che il grossista risolva il problema:

- ☐ Sostituzione del Prodotto (Codice/Modello: _____)
- ☐ Riparazione/Invio di pezzi di ricambio
- ☐ Rimborso totale dell'importo
- ☐ Emissione di Nota di Credito
- ☐ Invio del prodotto/componente mancante
- ☐ Altro (specificare): _____

5. Documentazione e Firma

Documentazione Allegata:

- ☐ Copia Ordine di Acquisto
- ☐ Copia della Fattura/DDT
- ☐ Evidenza fotografica del difetto/danno (fortemente consigliato)
- ☐ Copia del Verbale di Danno del Vettore (se danno da trasporto)

Luogo e Data: _____

Firma del Reclamante/Timbro Aziendale: _____