Adin Dental Implant Systems LTD

Form: 8.2.2.00.02	Revision: 1.0.1	**Effective Date:** 13.04.2021

Formulario de comunicación de fracaso de accesorios e instrumental

Información del cliente		
Nombre del Doctor:	Nombre y dirección de la clinica (sello):	Información de contacto de la clinica: Telefono: email:

Referencia/s del catálogo ADIN del/los artículo/s a reportar:	Número/s de Lote:	Otra información:

Motivo de la reclamación

Instrumental para Cirugía o Protésis
Número de usos: ☐1 ☐2-5 ☐6-10 ☐más de10
Fecha de compra:
Método de limpieza:
Método de esterilización:
Otra información:

Formulario completado por:	Firma:	Fecha:

Solo para uso del coordinador de control de calidad de Adin:		
Codigo Cliente:	Llamada de servicio Nº:	Nivel de Reclamación: 1 / 2 / 3
Investigación? SI / NO	Explicación:	
¿Participación del distribuidor? SI / NO		
Nombre y Firma:		