



All Modul Health IT BV  
Damzigt 13  
3454 PS De Meern  
+31 (0)30 20 40 260  
Nederland

# RMA formulier

**Naam van het ziekenhuis:** .....

**Adres:** .....

**Plaats:** .....

**Naam van contactpersoon:** .....

**Tel. contactpersoon:** .....

**Modelnaam van defect artikel:** .....

**Serienummer van defect artikel:** .....

**Probleem van defect artikel:**

**Batterijen, adapters of overige accessoires niet meesturen**

**(behalve als een van deze items ook defect zijn/de reden van defect is).**

Aanvinken indien dit gelezen is.

**Plaats hierboven uw handtekening zodat u akkoord gaat met het correct invullen van dit formulier, geen accessoires meestuur en dit formulier uitprint en bijsluit in de doos (voor transport).**