



All Modul Health IT BV
T.a.v. Service
Damzicht 13
3454 PS De Meern
+31 (0)30 20 40 260
Nederland

RMA formulier

Naam van het ziekenhuis:

Adres:

Plaats:

Naam van contactpersoon:

E-mail 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).**