

## FORMULAIRE DE RETOUR INSTRUMENTATION

### Conditions de traitement de la réclamation :

- Formulaire dûment complété et adressé à Anthogyr dans un **délai ≤ 90 jours** suivant date de l'incident
- Produit(s) **OBLIGATOIREMENT** retourné(s) **nettoyé(s), décontaminé(s) et stérilisé(s)**

### 1 - DEMANDEUR :

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone : + ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Email : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : .....

Ville : .....

Pays : .....

### 2 - PRODUIT(S) :

Quantité	Réf. Produit	Désignation	No. Lot / No. série	Produit utilisé en bouche (Oui ou Non)	Date d'achat (JJ/MM/AA)

### 3 - INFORMATIONS GÉNÉRALES DE L'INCIDENT :

#### À quel moment est survenu l'incident ?

- À l'ouverture du conditionnement
- En utilisation
- Autre : .....


#### Quel incident s'est produit ? .....

.....

.....

.....

Nature de l'incident	<input type="checkbox"/> Dysfonctionnement	<input type="checkbox"/> Casse / Panne	<input type="checkbox"/> Révision
	<input type="checkbox"/> Autre : .....		
Nombre d'utilisation(s)	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> < 10	<input type="checkbox"/> 10-50
			<input type="checkbox"/> > 50

MÉTHODE DE RETRAITEMENT	METHODES	PRODUIT UTILISÉ
Prédésinfection /Nettoyage / Désinfection	<input type="checkbox"/> Trempage <input type="checkbox"/> Ultrasons <input type="checkbox"/> Lingettes <input type="checkbox"/> Thermodésinfecteur <input type="checkbox"/> Autre : .....	
Lubrification	<input type="checkbox"/> Manuelle (bombe de spray) <input type="checkbox"/> Automate	
Stérilisation	<input type="checkbox"/> Autoclave <input type="checkbox"/> Autre : .....	

Date : ..... / ..... / .....

Signature du client :

*(si autre indiquer le nom  
et le statut de la personne  
qui a effectué le retour)*