



**DUAL-MED**

Versorgungs GmbH & Co.KG

## Reklamationsformular

Bitte füllen Sie die Felder aus:

Apotheke: .....

Ansprechpartner: .....

Patient (Name, Vorname): .....

Tag der Einnahme: .....

Uhrzeit: .....

Beutelnummer: .....

Chargen Nummer: .....

Rollennummer: .....

Reklamationsgrund: .....

.....

.....

DUAL-MED Versorgungs GmbH & Co.KG

Telefon: 035263-459870

Fax: 035263-459871

E-Mail: [info@blistern-sachsen.de](mailto:info@blistern-sachsen.de)