E Y G MEDICAL SYSTEM S.R.L.	REGISTRO Reclamo/Queja/Devolución del cliente	Fecha desde: 21.10.24 R-P-08-03.1 Rev.: 03

***Nota**: Las piezas devueltas deben entregarse **limpias**, en bolsa sellada. Sin residuos orgánicos peligrosos.*

RECLAMO/QUEJA (SERVICIO) ☐	**RECLAMO/QUEJA (PRODUCTO)** ☐	**DEVOLUCIÓN** ☐	**GARANTÍA** ☐

DATOS DEL CLIENTE/PROFESIONAL		
Nombre del Odontólogo/a:		Matricula Nº:
Domicilio:	Tel./cel.:	e-mail:

DATOS DEL PACIENTE (sólo para implantes)		
Nombre:	edad:	sexo: F / M
Fecha de colocación del implante:	Fecha de retiro del implante:	

DATOS DEL PRODUCTO		
Código y descripción	cantidad	Nº de lote

Etiqueta/s del producto devuelto: ☐

MOTIVOS DEL RECLAMO	
<u>Para protésicos/instrumental o para servicio:</u>	<u>Para Implantes:</u> Sobrecarga o stress: Baja calidad o cantidad de hueso: Fibrointegración: Otros:

DATOS DE LA RESPUESTA AL CLIENTE	
Nota de Crédito / Pedido Nº:	Fecha:

Cliente:	*Receptor:*	*Supervisor*:
*Firma y **Fecha***	*Firma y **Fecha***	*Firma y **Fecha***

A COMPLETAR POR ASEGURAMIENTO DE CALIDAD			
Resultado de la investigación:			
Acciones a seguir/CAPA´S aplicadas:			
Firma Responsable de Planta	*Firma Aseguramiento de Calidad*	*Firma Dirección Técnica*	*Firma Dirección*