



Produktbeanstandung | Product Complaint

Bitte laden Sie dieses Formular herunter, füllen es im PDF oder von Hand aus und senden es zusammen mit dem beanstandeten Produkt unterschrieben an:

Please download and fill in this form manually or as PDF, sign and send together with the product in question to:

**Esteve Pharmaceuticals
GmbH
QM/Customer Complaints
Hohenzollerndamm 150–151
14199 Berlin | Deutschland**

Beanstandungen bezüglich bite away® und Herpotherm® richten Sie bitte an/
Please address any complaints regarding bite away® and Herpotherm®:

mibeTec GmbH
Tel.: +49 (0) 800 1623 509 Fax: +49 (0) 34954 247 27179
Mail: contact.mibetec@dermapharm.com

Ersatzleistungen erfolgen basierend auf der gesetzlichen Gewährleistungsfrist (max. innerhalb von 2 Jahren ab Kauf) / Compensation will be made based on the legal warranty period (max. within 2 years starting from date of purchase).

Sie sind | You are

Patient / Anwender | Patient / Customer

Apotheker | Pharmacist

Arzt o. Klinikpersonal | Physician or hospital staff

Großhändler | Wholesaler

Anrede | Salutation

Herr / Mr.

Frau / Ms.

Dr. / MD.

Name | Last name

Vorname | First name

Firma | Company

Straße | Address

Stadt | City

PLZ | ZIP

Telefon | Phone

Büro/Office

Privat/Home

E-Mail | e-mail

IBAN:

**NUR BEI APOTHEKEN/GROSSHÄNDLERN
APPLICABLE FOR PHARMACIES/WHOLESALERS
ONLY**

Lieferung Nr. | Shipment. no

Betroffene Packungen | Packs affected

**NUR BEI PATIENTEN/ANWENDERN
APPLICABLE FOR PATIENTS/CUSTOMERS ONLY**

Wo und wann kauften Sie das Produkt?

Where and when did you buy the product?

Produktbezeichnung | Product Name

Chargennummer | Batch no.

Lesen Sie auf unserer Webseite, wo Sie die Chargennummer finden
Please read on our website how to find the batch number

**Grund der Beanstandung
Reason for the complaint**

Name | Name

Datum | Date

Unterschrift | Signature

Benötigen Sie weitere Hilfe, kontaktieren Sie uns bitte über:

In case you need further assistance please write to:

complaints.germany@esteve.com