

WAS IST IM FALLE EINER RÜCKSENDUNG ZU TUN?



Sie möchten Ersatzteile, ein Demoprodukt, einen Rollstuhl zur Reparatur/Umbau oder zur Erstellung eines Kostenvoranschlages einsenden? Dann beachten Sie bitte folgende Schritte:

1



KUNDENSERVICE:

Füllen Sie bitte das folgende Rücksendeformular aus und senden Sie es an:
rma@sunrisemedical.de

oder kontaktieren Sie uns telefonisch unter:

+49 7253-980-0

bitte folgende Infos bereithalten:

- Grund der Rücksendung
- Auftragsnummer / Seriennummer

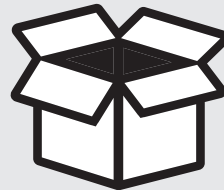
2



RMA-FORMULAR

Sie erhalten innerhalb von 24 h per E-mail das Rücksendeformular mit RMA-Nr.*

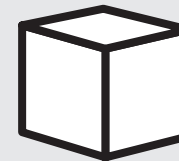
3



VERPACKEN

Bitte verpacken Sie das Produkt transportsicher und legen Sie das Rücksendeformular mit RMA-Nr. bei.

4



VERSAND

Senden Sie das Paket an:
Sunrise Medical GmbH
-Rücksendungen-
Kahlbachring 2-4
69254 Malsch

5



BESTÄTIGUNG DES PAKETEINGANGS.

Nach Paketeingang erhalten Sie umgehend eine Bestätigung.

Wir kümmern uns schnellstmöglich um die Bearbeitung Ihrer Rücksendung.

Bitte beachten:

Es werden keine Rücksendungen/Reklamationen ohne RMA-Nr. akzeptiert. Warenrücksendungen ohne RMA-Nr. können nicht mehr bearbeitet werden.

***RMA-Nr. - Rücksendenummer**

Sunrise Medical GmbH

Kahlbachring 2-4
 D-69254 Malsch/HD
 Tel.: +49 (0) 72 53 / 9 80-0
 Fax: +49 (0) 72 53 / 9 80-222
 E-Mail: rma@sunrisemedical.de
 www.SunriseMedical.de

RÜCKSENDUNG

Kundeninformationen

KD.-Nr.:	Ansprechpartner:	
Firma:	Tel.:	Fax:
Datum der Anfrage:	E-Mail:	

Angaben zum Produkt

1	Serien-Nr. oder Auftrags-Nr. (1)	Artikel-Nr.	Bezeichnung	Menge	Auftrags-Nr. Ersatzbestellung
Details zum Rücksende-grund (2)					
2	Serien-Nr. oder Auftrags-Nr. (1)	Artikel-Nr.	Bezeichnung	Menge	Auftrags-Nr. Ersatzbestellung
Details zum Rücksende-grund (2)					
3	Serien-Nr. oder Auftrags-Nr. (1)	Artikel-Nr.	Bezeichnung	Menge	Auftrags-Nr. Ersatzbestellung
Details zum Rücksende-grund (2)					
4	Serien-Nr. oder Auftrags-Nr. (1)	Artikel-Nr.	Bezeichnung	Menge	Auftrags-Nr. Ersatzbestellung
Details zum Rücksende-grund (2)					
5	Serien-Nr. oder Auftrags-Nr. (1)	Artikel-Nr.	Bezeichnung	Menge	Auftrags-Nr. Ersatzbestellung
Details zum Rücksende-grund (2)					

(1) Benötigt für Garantieanspruch (2) Bitte geben Sie uns so viele Informationen wie möglich und beschreiben Sie die aufgetretenen Symptome

Rücksende-Nummer