

Sie möchten einen Unfall / Zwischenfall melden? Bitte füllen Sie das folgende Formular aus.

Vous voulez déclarer un incident / accident ? Merci de remplir le formulaire ci-après.

Desiderate dichiarare un incidente / problema? Si prega di compilare il modulo sottostante.

Want to report an incident / accident? Please complete the form below.

DATUM • DATE • DATA • DATE

KRANKENHAUS • HÔPITAL • OSPEDALE • HOSPITAL
NAME • NOM • NOME • NAME
ADRESSE 1 • ADRESSE 1 • INDIRIZZO 1 • ADDRESS 1
ADRESSE 2 • ADRESSE 2 • INDIRIZZO 2 • ADDRESS 2
PLZ + STADT + KANTON • CODE POSTAL + VILLE + CANTON • CODICE POSTALE + CITTÀ + CANTONE • ZIPCODE + CITY + CANTON

MELDENDE PERSON • PERSONNE DÉCLARANTE • PERSONA SEGNALANTE • DECLARING PERSON
NAME • NOM • NOME • NAME
VORNAME • PRÉNOM • COGNOME • FIRST NAME
DIREKTER TELEFONANSCHLUSS • LIGNE TÉLÉPHONIQUE DIRECTE • LINEA TELEFONICA DIRETTA • DIRECT PHONE LINE
FAX • FAX • FAX • FAX
EMAIL • EMAIL • EMAIL • EMAIL

PRODUKT • PRODUIT • PRODOTTO • PRODUCT		
REFERENZ RÉFÉRENCE RIFERIMENTO REFERENCE	PRODUKTBESCHREIBUNG DESCRIPTION PRODUIT DESCRIZIONE DEL PRODOTTO PRODUCT DESCRIPTION	CHARGENNUMMER / SERIENNUMMER NUMÉRO DE LOT / NUMÉRO DE SÉRIE NUMERO DI LOTTO / NUMERO DI SERIE LOT NUMBER / SERIAL NUMBER

