

Formulario de reclamación – para clientes y pacientes

Por favor incluya tanta información como la que disponga. Los campos marcados con * son de obligado rellenado. Complete de conformidad y envíe el formulario ya completo a la dirección de correos: complaints@smith-nephew.com

Información de contacto

Título (Sr/Sra):	
Nombre*:	
Apellidos*:	
Nombre del centro sanitario (si es usted un profesional sanitario):	
País*:	

Sistema de contacto preferente:	<input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Teléfono
Dirección de correo*:	
Número de teléfono:	

Detalles del producto

Nombre del producto (Nombre(s) de producto(s) Smith & Nephew relacionado(s)): *	
Número de producto:	
Lote/Número de Serie/ Número de UDI:	
Parte adicional/Serie/Número de lote:	

Detalles del suceso/problema

Cuándo sucedió el problema?. Cuándo acaeció suceso objeto de reclamación? *: (dd-mm-aaaa)	
Descripción del problema/suceso: * Por favor, describa con mayor precisión posible el problema/acontecimiento. Está el problema ya en vías de solucionarse o qué acciones se realizaron para corregirlo. Para nuestra mejor comprensión, necesitamos una descripción del problema/suceso; por favor incluya todos los detalles de los que disponga.	