



## BESCHWERDEVERFAHREN

Firma		<input type="checkbox"/> n.z.
Kontakt		
Name Patient		<input type="checkbox"/> n.z.
Adresse		
PLZ + Ort		
Telephon		
Email		

Datum	
-------	--

Thema Beschwerde	<input type="checkbox"/> Orthese jacken	<input type="checkbox"/> Reißfeste Kleidung	<input type="checkbox"/> Kundendienst	<input type="checkbox"/> Andere
Erklärung				

Unterschrift	
--------------	--

Sie können dieses Formular zum Email, Fax oder Post an uns senden.

**Wi-Care BV**

T.a.v. Kundendienst  
Rijnstraat 24  
NL - 4191 CL GELDERMALSEN

E: [info@wi-care.com](mailto:info@wi-care.com)  
F: +31 (0)345 502 816