

Rédigé par	Approuvé par	Création	Mise à jour
A.MELINAND	JP. PICON	27/05/2015	05/02/2020

Partie à remplir par le praticien ou GENERIC IMPLANTS :

INFORMATIONS CONCERNANT LE PRATICIEN

Nom : _____ Date de signalement : _____
N° client : _____ N° facture : _____

INFORMATIONS CONCERNANT L'ÉVÉNEMENT

Référence	Numéro de lot	Quantité livrée par GI	Quantité renvoyée par le client

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

Renseigner un maximum d'informations :

DEMANDE DE REMPLACEMENT

Oui, remplir le tableau ci-dessous avec les nouvelles pièces souhaitées

Référence	Numéro de lot	Quantité

Non (*Un avoir sera réalisé*)

Partie à renseigner par GENERIC IMPLANTS :

CONTRÔLE RECEPTION

Produits reçus le : _____ Packaging intact : Oui Non
Si non, informer la Qualité et la Direction

TYPE D'ÉVÉNEMENT

Erreur client Erreur conseil interne Problématique produit
Fiche écart n° : _____

TRAITEMENT

Avoir N° d'avoir : _____ Remise en stock le : _____

Remplacement N° de la nouvelle facture _____ Date de renvoi : _____

Packaging abîmé Transfert vers le stock quarantaine le : _____

VALIDATION SERVICE QUALITE

Date : _____

VISA : _____