

ABSENDER →

Kundennummer (falls bekannt)

Ansprechpartner(in)

Telefon

Fax

E-Mail



RETOURE FORMULAR

Fax → 0211 94250129 | E-Mail → info@re-med-logistics.com

Um für Sie als Kunde wie auch für uns eine reibungslose, zeitnahe und transparente Abwicklung von Warenrücksendungen zu gewährleisten, bitten wir, dieses Formular auszufüllen und uns **vor** einer Retoure bzw. Rücksendung von Artikeln zuzusenden.

Es gelten unsere Retourebedingungen, die Bestandteil dieses Formulars sind. Des Weiteren liegen unsere DATENSCHUTZHINWEISE unter Berücksichtigung der EU-DSGVO zugrunde, die wir Ihnen auf Anforderung per E-Mail oder Fax zusenden.

WARENEINGANG →

am

zugestellt durch

Lieferschein Nr. vom

Rechnung Nr. vom

GRUND der RETOURE → (Bitte ankreuzen)

Bestellfehler

Falschlieferung

Mehrlieferung

Sonstiges

BESCHREIBUNG →

Bei kundenseitigen Fehlbestellungen, Bestellfehlern bzw. Falschbestellungen oder Lagerbereinigungen erheben wir für jede Retoure eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 50,00 EUR zuzüglich der gesetzlichen Umsatzsteuer. Bei Falschlieferungen durch uns erfolgt die Retoure für Sie selbstverständlich kostenlos.

RÜCKGABE von →

PZN	Bezeichnung	Menge	Einh.	Charge Nr.	Verfall

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die durch die re-med entsprechend oben angeführtem Lieferschein gelieferte(n) Ware(n) seit der Annahme durch Sie gemäß den GDP-Richtlinien ordnungsgemäß gelagert und gehandhabt wurden sowie Ihren Verantwortungsbereich nicht verlassen hat (haben).

Datum Stempel / Unterschrift (Kunde)

Von re-med auszufüllen

geprüft + genehmigt MASSNAHME →

abgelehnt, weil