

RETOURENAVIS

Kunden-Nr.:	Rechnungs-Nr.:	Datum:
Apotheke:	Adresse:	

Grund der Retouren:

- | | |
|---|--|
| Beschädigte Ware <input type="checkbox"/> | Fehllieferung <input type="checkbox"/> |
| Rückruf <input type="checkbox"/> | Bestellfehler <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges <input type="checkbox"/> | |
-

Bitte legen Sie den Original-Lieferschein oder die Rechnungskopie bei !!!!!

Wir bitten um Angabe Ihrer Bankverbindung für die Überweisung der Gutschrift:

Bank IBAN BIC

Menge	PZN	Artikelbezeichnung Darreichung	Charge	Verfall- datum

Ansprechpartner aus Ihrer Apotheke, an den wir uns bei Rückfragen wenden können:

Name: _____ Telefon: _____

Wir bestätigen, dass die Ware seit der Lieferung ordnungsgemäß gelagert und gehandhabt wurde, insbesondere dass sie den Verantwortungsbereich der Apotheke nicht verlassen hat. Wir bestätigen, dass die Ware sich in den Originalbehältnissen und in ordnungsgemäßem Zustand befindet noch

Unterschrift und Stempel

Datum