

Retourenschein

Bei Medikamenten zur Gutschrift

Hiermit bestätigen wir, dass die Medikamente jederzeit fachgerecht gelagert wurden und nicht von Patienten retourniert wurden:

Absender/Stempel

Datum

Unterschrift

Kundennummer

| Menge | Artikelbezeichnung (Packungsgrösse, Stärke, Darreichungsform) | Lieferschein-Nummer (VLS...) Evtl. Kopie beilegen | Grund der Retoure | Verfall |
|-------|--|--|-------------------|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Zutreffendes bitte ankreuzen. Danke.

- Gutschrift
- nicht bestellt / nicht fakturiert (keine Gutschrift)

Haben Sie an alles gedacht? (Bitte alle Punkte überprüfen)

- Für jede Kiste einen separaten Retourenschein verwenden.
- Für Retouren an das Polymed Medical Center verwenden Sie bitte den Retourenschein von Polymed.
- Absender/Kundennummer und Datum/Unterschrift zwingend notwendig.
- Wir bitten Sie das Produkt geeignet geschützt zu verpacken für den Rücktransport.
- Beachten Sie die Retourenregelungen in unseren AGB auf: zurrose.ch/agb-b2b.