

Retourenformular

Bitte füllen Sie dieses Formular sorgfältig und vollständig aus und senden dieses zurück an:
lager@pro-medicare.de

Firma	
Anschrift	
Sachbearbeiter	
E-Mail	
Telefon	
Lieferschein- /Rechnungsnummer	
Reklamationsnummer	

PZN	Artikel	Charge	Menge

Grund der Rücksendung:

verdeckter Schaden	offener Schaden	Falschlieferung
Lieferung unvollständig	Mengendifferenz	MHD zu kurz
falsche Anschrift	kein Bedarf	Sonstiges

Fehlerbeschreibung:

Erklärung:

Ich bestätige hiermit, dass die hier aufgeführte Ware, verkehrsfähig **gem. § 52 AMG** während der gesamten Zeit nach dem Bezug von der Pro Medicare GmbH ununterbrochen vorschriftsmäßig gelagert, sowie gehandhabt wurde und unseren Verantwortungsbereich nicht verlassen hat. Die Ware wird unter kontrollierten und protokollierten Temperaturbedingungen zurückgesendet.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift