

Retourenschein Kunde

Kunden- Nr.: _____

Name der Apotheke: _____

Anschrift: _____

Telefon/Telefax: _____

Grund der Rücksendung:

- ☐ Transportschaden
- ☐ Restlaufzeit zu kurz
- ☐ Annahmeverweigerung, Adressfehler, Falschlieferrung
- ☐ Sonstiges _____

Produktbezeichnung	PZN	Packungsanzahl	Chargennummer	aus Rechnung-Nr.

Ich bestätige, dass alle oben aufgeführten und anliegend zurückgegebenen Waren von der Ethypharm GmbH bezogen und seit der Lieferung ordnungsgemäß gelagert und gehandhabt wurden.

Datum

Unterschrift & Stempel