



Zentralstrasse 29, 5610 Wohlen
Telefon 056 618 46 56 / Fax 056 618 46 57

Lieferdienst- Retourenschein

Absender: (Bitte Stempel)

Seite:

Pos	Anz.	Artikel- Bezeichnung	Verfall	erhalten am:	Bermerkung
1.					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

Ich bestätige, dass die hier aufgeführte und zurückgegebene Ware verkehrsfähig ist, vom Arzneimittelgrosshandel bezogen und seit der Lieferung ordnungsgemäss gelagert und gehandhabt wurde.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Durch RegioMed GmbH auszufüllen

Produkte- Rücksendung ist:

In Ordnung

nicht korrekt, Grund _____

Datum / Visum: _____