Rückkäufe nach 10 Arbeitstagen

Absender:	Kunden-Nr.	MWST Nr.	Datum
	Wir bitten Sie, dieses Blatt der Retourensendung beizulegen.		

Menge	Pharmacode	Artikelbezeichung	Grund	Bemerkung

Mögliche Rückgabegründe (einzutragen unter der Spalte "Grund"):

8 Chargenrückruf	10 Lagerbereinigung (abgesprochen mit Kundenberater)	11 Ausser Handel
9 Verfalldatum		12 Rücknahme gemäss Lieferantenvertreter

Ich bestätige hiermit (Unterschrift), dass die aufgeführten und beiliegenden Artikel nach Gesetz verkehrsfähig sind, von Regiomed bezogen und seit der Lieferung ordnungsgemäss gelagert und gehandhabt wurden, insbesondere meinen Verwantwortungsbereich nicht verlassen haben.

Datum: _____ Unterschrift _____

Es liegt im Ermessen der Regiomed, Produkte die zum Rückkauf angeboten werden zu akzeptieren oder zurückzuweisen