medicon®	Rücksendeantrag + Warenbegleitschein Retouren	DE 7413 F Seite 1 von 2

Medicon eG
Abteilung Vertrieb
Gänsäcker 15

D-78532 Tuttlingen

FAX: 07462 – 2009-50

Kunden-Nr.:			
Firma/Klinik/Praxis			
Abteilung:			
Straße:			
PLZ / Ort:			
Ansprechpartner:			
Tel.:		**Fax:**	
Email:			
Ref.:		**Datum:**	

Angaben zu den Produkten:

Pos.	Artikel-Nr.	Artikel-Beschreibung	LOT / Serien-Nr.	Medicon Rechnungs-Nr.	Datum der Rechnung	Stück

Genaue Beschreibung des Rückgabegrundes pro Position:

(„gefällt nicht“ ist **nicht ausreichend** und führt zu Verzögerungen und Rückfragen.)

☐ Die Medizinprodukte wurden dekontaminiert.

☐ Die Medizinprodukte wurden **nicht** dekontaminiert.

Sonstige, zusätzliche Informationen an Medicon:

Hinweise:

- **Eine Retour-Sendung ist erst möglich, nach vorheriger Freigabe durch Medicon ! ! !**
- **Generell berechnen wir eine Bearbeitungsgebühr von 15% des Warenwerts. (Ausnahme: Musterrücksendungen innerhalb des vereinbarten Zeitraum).**
- **Kosten für die Retoure an Medicon (Verpackung, Fracht & Versicherung) gehen zu Lasten des Absenders.**
- **Wir weisen Sie darauf hin, dass fehlende Informationen (Angaben) zu Verzögerungen und Rückfragen führen.**
- **Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und legen Sie dieses der Rücksendung bei.**

Ort Datum Stempel Unterschrift

***nur von Medicon auszufüllen:**

Interner Bearbeitungsvermerk*:

☐ Rücksendung genehmigt
☐ Rücksendung abgelehnt

zurück an Kunde am: _____
durch (Kürzel):

Bemerkungen*: _____

_____

Medicon Mitarbeiter*: _____ Datum*: _____

MEDICON eG Postfach 4455 78509 Tuttlingen Germany Tel.: (49) 7462 / 2009-0 Fax: (49) 7462 / 2009-50
e-mail: info@medicon.de homepage: http://www.medicon.de