

Medicon eG
 Technicum
 Dornierstraße 55
 D-78532 Tuttlingen
 Germany

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

Genauere Beschreibung des Rückgabegrundes pro Position:

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

- Die Medizinprodukte wurden dekontaminiert (gereinigt, desinfiziert und sterilisiert).
- 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*:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rücksendung genehmigt
<input type="checkbox"/> Rücksendung abgelehnt | } | zurück an Kunde am: _____
durch (Kürzel): _____ |
|--|---|--|

Bemerkungen*: _____

Medicon Mitarbeiter*: _____ Datum*: _____