Auftrag bitte faxen oder mailen an:
Pharmaserv / Bereich: Pharmaserv-Shop
Fax-Nr.: 0 64 21-39 37 43
service@pharmaserv-shop.de
Bei Rückfragen: Tel.: 0 64 21-39 77 22

Retourenschein Pharmaserv-Shop

Kunde / Firma:_____ Ansprechpartner:_____

Telefon:_____ E-Mail:_____

Straße/Gebäude:_____ Raum:_____

PLZ/Ort:_____

Liebe Kunden,

bitte beachten Sie für die korrekte Abwicklung Ihrer Rücksendung folgende Punkte:

1. Bitte senden Sie den Retourenschein an: service@pharmaserv-shop.de
2. Legen Sie den vollständig ausgefüllten Retourenschein und eine Kopie des Lieferscheins der Rücksendung bei.
3. Verpacken Sie die Ware transportgerecht, wir haften nicht für Transportschäden durch unzureichende Verpackung.
4. Eine Kostenübernahme für den Rücktransport übernimmt PS nur bei Mängeln an der Ware oder einer Falschlieferung.
5. Schuhe können nur im Originalkarton zurückgenommen werden.

Die Ware zu Lieferscheinnummer:_____ kann abgeholt werden:

☐ am Standort Behringwerke am Gebäude _____ im Raum_____

☐ bei o.g. Adresse

Artikelnummer	Bezeichnung	Anzahl Packstück	Retourengrund	Menge

Retourengrund: 1) Artikel beschädigt 2) Artikel falsch geliefert 3) Sonstiges

Sonstige Bemerkung:

Datum:_____ Unterschrift Kunde:_____

Anzahl Packstücke: _____

Übernahme Fahrer: (Datum/Klarschrift/Unterschrift):_____