

Anlage I: RETOURENBEGLEITSCHIN

RETOURENBEGLEITSCHIN

Bitte versenden Sie diesen Beleg zusammen mit der Lasche der Verpackung und beachten Sie dabei den AEP Mindestnettowarenwert i.H.v. 25€.

Bay Pharma GmbH
Retouren Abteilung
Marianthaler Str. 17
24340 Eckernförde

Apothekenstempel

Wir beziehen uns auf die geltende Retourenregelung und senden Ihnen folgende Produkte zurück:

Menge	PZN	Produkt	Packungsgröße	Grund *	MHD	Charge

* Grund:

a.V. = außer Vertrieb **V** = Verfall **QM** = Qualitätsmangel **B** = Bruchware **VF** = Versandfehler

Bitte legen Sie jeder Retourensending einen Bezugsnachweis inklusive Rechnungsnummer nebst Bestätigung der ordnungsgemäßen Lagerung der zurückgesandten Produkte bei.

Für eine Gutschrift bitten wir um folgende Angaben:

Name des Kreditinstitutes: _____

IBAN: _____

BIC: _____

USt.-ID-Nr.: _____

Steuernummer: _____

Ort, Datum Unterschrift