

Retouren-Regelung für Apotheken nach Direktbelieferung durch Théa Pharma GmbH

Rücksendung aus Lagerbeständen mit mindestens 6 Monaten Restlaufzeit:	65% des Apothekeneinkaufspreises in Form einer Gutschrift
Rücksendung aus Lagerbeständen mit weniger als 6 Monaten Restlaufzeit:	Keine Erstattung
Qualitätsreklamation:	Ware gegen Ware
Außer Vertrieb (AV) - Artikel ist verkehrsfähig bis zum Ablauf der Restlaufzeit	Es gelten die Regelungen der Rücksendung aus Lagerbeständen.
Falschlieferungen, wenn innerhalb von 4 Wochen angezeigt:	100% in Form einer Gutschrift

Wir können Retouren nur akzeptieren, wenn dieser Retourenschein - vollständig ausgefüllt - beigelegt ist.

Retouren bitte grundsätzlich freimachen, Kosten für unfreie Sendungen werden von der Gutschrift abgezogen.

Bitte beachten Sie, dass über den Großhandel bezogene Waren auch nur über den Großhandel retourniert werden.

Anlieferung der Retouren:

Med-X-Press GmbH
c/o Théa Pharma GmbH
Alte Heerstraße 9, 38644 Goslar
Telefon: 05321/6890135
Telefax: 0180/1184177

Qualitätsreklamationen:

Théa Pharma GmbH
Schillerstraße 3, 10625 Berlin
Telefon: 030/3151898-0
Telefax: 030/3151898-29

Retourenschein Kunde

Kunde:

Kunden-Nr.: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon/Telefax: _____

Grund der Rücksendung:

- Transportschaden
 Restlaufzeit zu kurz
 Annahmeverweigerung, Adressfehler, Falschlieferung
 Sonstiges _____

Retourenprotokoll MXP

Prüfung durch Med-X-Press:

 Rückgabedatum: _____
 < 6 Monate Haltbarkeit = vernichten

Produktbezeichnung	PZN	Packungsanzahl	Chargennummer	aus Rechnungs-Nr.	Belieferer und Rücksender identisch?	Paket unversehrt?/ Versiegelung intakt?	Kontamination?	Originalbehältnis/ Versiegelung unversehrt?	Charge und Verfalldatum von Packung u. Inhalt identisch?	Korrekte Lagerung und Handhabung bestätigt?
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ich bestätige, dass alle oben aufgeführten und anliegend zurückgegebenen Waren von der Théa Pharma GmbH bezogen und seit der Lieferung ordnungsgemäß gelagert und gehandhabt wurden, insbesondere meinen Verantwortungsbereich nicht verlassen haben.

 Datum Unterschrift & Stempel
 Kunde

 Datum Unterschrift Sachbearbeiter
 Med-X-Press

 Name in Druckschrift