

**Retouren-Regelung für Apotheken  
nach Direktbelieferung durch Théa Pharma GmbH**

Rücksendung aus Lagerbeständen mit <u>mindestens 6 Monaten</u> Restlaufzeit:	65% des Apothekeneinkaufspreises in Form einer Gutschrift
Rücksendung aus Lagerbeständen mit <u>weniger als 6 Monaten</u> Restlaufzeit:	Keine Erstattung
Qualitätsreklamation:	Ware gegen Ware
Außer Vertrieß (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

**Ausgebuchte/dekommissionierte oder ohne Öffnungsschutz/tamper proof retournierte verschreibungspflichtige Arzneimittel werden nicht gutgeschrieben!**

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: 05321/31130-1173  
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