

Formular
Rücksendung



Frau Herr Praxis / Firmenname:

.....
Titel Name Vorname

.....
Straße, Hausnummer PLZ Ort

.....
Rufnummer Kundennummer

Arzneimittel: Ja Nein Stückzahl: Verfalldatum:

Artikelnummer:

Rechnungsnummer:

Produktbezeichnung:

Chargen-Nr./LOT:

Bitte unbedingt jeder Rücksendung eine Lieferschein- oder Rechnungskopie beilegen.

Wir bestätigen hiermit, dass oben genanntes Material seit der Lieferung durch die AR Instrumed Deutschland GmbH:

- ordnungsgemäß gelagert wurde .
- ordnungsgemäß gehandhabt wurde (Umverpackung nicht geöffnet, Gebrauchsanweisung nicht entfaltet, etc.)
- sowie insbesondere unseren Verantwortungsbereich nicht verlassen hat (keinem Nachbarn gegeben, o.ä.).

Datum: **Unterschrift + Praxis oder Depot-Stempel:**