



# PHARMAPPOOL AG

Unterlettenstrasse 18  
CH-9443 Widnau

Telefon 071 727 25 25  
Telefax 071 727 25 55

www.pharmapool.ch  
info@pharmapool.ch

## RETouREN

RÜCKGABE INNERT 10 TAGEN  
NACH ERHALT DER LIEFERUNG.

Bitte dieses Formular vollständig ausfüllen.  
Für verfallene Produkte und Lagerbereinigungen  
separates Blatt verwenden. Für Besorgungs- &  
Saison-Artikel und kühlpflichtige Artikel ist eine  
Vergütung ausgeschlossen.

Ich bestätige hiernit, dass die aufgeführten und beiliegenden Artikel nach Gesetz verkehrsfähig sind,  
von der Pharmapool AG bezogen und seit der Lieferung ordnungsgemäss gehandhabt und gelagert  
wurden, insbesondere meinen Verantwortungsbereich (Praxis) nicht verlassen haben.

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Absender: (Stempel)	_____
Kunden-Nr.:	_____
Datum:	_____

Menge	Artikelbezeichnung	Datum Lieferschein	Nummer Lieferschein	CODE*	Grund der Retoure	Verwendungsentscheid Datum & Unterschrift (Bitte leer lassen - Wird von Pharmapool ausgefüllt)

\*CODE **A** = Falsch bestellt   **B** = Nicht bestellt / nicht verrechnet   **C** = Falschlieferung: erhalten an Stelle von ...   **D** = Verfall  
**E** = Lagerbereinigung   **F** = defekt erhalten   **H** = doppelt erhalten   **R** = Chargenrückruf   **Z** = alles zur Vernichtung