RETOUREN

PHARMAPOOL AG

Unterlettenstrasse 18 CH-9443 Widnau

Tel: 071 727 25 25 Email: info@pharmapool.ch

Kunden-Nr.:

Name & Adresse:

Bitte dieses Formular vollständig und genau ausfüllen.
Für verfallene Produkte und Lagerbereinigungen jeweils ein separates Blatt verwenden.

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

Datum: Unterschrift:

_____ _____

***Codes:**
A = falsch bestellt
B = nicht bestellt
C = Falschlieferung: Erhalten an Stelle von
D = zu kurzer Verfall
E = Lagerbereinigung
F = defekt erhalten
G = anderer Grund
H = doppelt erhalten
R = Chargenrückruf
Z = zur Entsorgung / Vernichtung

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

Es gelten die Retourenbedingungen der Pharmapool AG

S 1.6 PH F Retourenblock V4 - 02.2021 2000 Blöcke