



RÜCKSENDEANTRAG (FM 280-001)

Wir hoffen, dass Sie mit unserer Lieferung zufrieden sind. Sollte wider Erwarten doch etwas nicht wie gewünscht sein, können Sie originalverpackte Artikel innerhalb von 14 Tagen an uns zurücksenden.

Im Falle einer Rücksendung gehen Sie bitte wie folgt vor:

Senden Sie den vollständig ausgefüllten Rücksendeantrag an reklamation@hestomed-helbig.de. Erst wenn der Antrag durch uns genehmigt wurde und Sie diesen mit einer für Sie gültigen Rücksendenummer zurückbekommen haben, senden Sie Ihre Ware an uns zurück und legen den genehmigten Antrag in Kopie bei.

Senden Sie kein Paket unfrei und beachten Sie unsere Lieferanschrift, gemäß Retourenbeleg im Anhang. Kennzeichnen Sie das Paket bitte deutlich sichtbar mit der Rücksendenummer. Die Ware muss original verpackt bei uns eintreffen.

Bei unberechtigten Rücksendungen behalten wir uns vor, Ihnen gemäß unserer AGB 10% des Warenwertes (mind. 10 Euro als Bearbeitungsgebühr/ Einlagerungsgebühr zu berechnen.

KUNDE / ABSENDER

KUNDENUMMER

ANSPRECHPARTNER

TELEFON

GENAUER GRUND FÜR DIE RÜCKSENDUNG (WIRD BENÖTIGT)

RECHNUNGSNUMMER

VOM (DATUM)

LIEFERSCHEINNUMMER

VOM (DATUM)

GRUND FÜR DIE RÜCKSENDUNG

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> BESCHAFFENHEITSFEHLER | <input type="checkbox"/> QUALITÄTSMANGEL |
| <input type="checkbox"/> BESTELLFEHLER | <input type="checkbox"/> FEHLLIEFERUNG |
| <input type="checkbox"/> WARE BESCHÄDIGT | <input type="checkbox"/> _____ |

ARTIKEL-NR

ARTIKELBEZEICHNUNG

ANZAHL

ARTIKEL-NR	ARTIKELBEZEICHNUNG	ANZAHL

Bitte beachten Sie, dass Sterilgut und speziell für den Kunden angeschaffte oder angefertigte Waren grundsätzlich vom Umtausch ausgeschlossen sind.

RÜCKSENDUNG AN

DATUM

UNTERSCHRIFT KUNDE (BITTE UNTERSCHREIBEN)



BITTE NICHT AUSFÜLLEN – INTERNE BEARBEITUNG

Rücksendung: GENEHMIGT NICHT GENEHMIGT

Grund: _____

RÜCKSENDENUMMER

SF 00

UNTERSCHRIFT SACHBEARBEITER