

Wir setzen alles daran, dass Sie mit unserer Leistung zufrieden sind. Sollten wir einen Fehler verursacht haben, können Sie die bei uns gekauften Artikel original verpackt innerhalb von 14 Tagen an uns zurücksenden.

Bitte gehen Sie im Falle einer geplanten Rücksendung wie folgt vor:

Senden Sie den vollständig ausgefüllten Rücksendeantrag an reklamation@hestomed-helbig.de
 Erst wenn der Antrag durch uns genehmigt wird und Sie diesen mit einer individuellen 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.

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

Paket bitte deutlich sichtbar mit der Rücksendenummer kennzeichnen!

| | | |
|------------------------|------------------|---------------|
| Absender/Kunde: | Ansprechpartner: | |
| | Telefon: | |
| | Kd.- Nr.: | |
| | Datum: | Unterschrift: |

| | |
|-------------------|------|
| Lieferschein-Nr.: | vom: |
| Rechnungs-Nr.: | vom: |

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Beschaffenheitsfehler | <input type="checkbox"/> Qualitätsmangel |
| <input type="checkbox"/> Bestellfehler | <input type="checkbox"/> Fehllieferung |
| <input type="checkbox"/> Ware beschädigt | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

Die Ware muss original verpackt bei uns eintreffen

Genauer Grund für die Rücksendung (verpflichtend):

| Artikelnummer | Artikelbezeichnung | Anzahl |
|---------------|--------------------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

Rücksendung genehmigt
 Rücksendung nicht genehmigt
 Grund: _____

Unterschrift: _____

Rücksendenummer: _____