actiPART GmbH
Radeburger Str. 81a – 01558 Großenhain
Tel.: 0 35 25 / 77 316 00
Fax: 0 35 25 / 77 316 66

actiPART GmbH
medizinischer Großhandel

R E T O U R E N – A N T R A G

Absender (Stempel, Anschrift):	actiPART Kundennummer:
	Ihr/e Bearbeiter/in:
Fax:	Datum:

Rücksendung:

Art-Nr. / PZN	Bezeichnung	Anzahl	geliefert mit LS/RE-Nr.

Gründe f. d. gewünschte Rücksendung:

☐ Wir bitten um Gutschrift des Warenwertes ☐ Wir bitten um Ersatzlieferung

☐ Hiermit bestätigen wir, dass die zurückgegebenen Waren seit der Lieferung ordnungsgemäß gehandhabt und gelagert wurden, sowie unseren Verantwortungsbereich nicht verlassen haben.

Rücksendung bitte an: →→ **actiPART GmbH, Lager**
Radeburger Str. 81 a
01558 Großenhain

Fax: 0 35 25 / 77 316 66
Tel.: 0 35 25 / 77 316 00

S T E L L U N G N A H M E actiPART GmbH

genehmigt: **weitere Verfahrensweisen / Begründung:**

☐ Bitte senden Sie die Ware unbeschädigt, originalverpackt und ausreichend frankiert an uns zurück! **Achtung:** Verkaufsverpackung nicht als Versandverpackung benutzen! Retoureware bitte nicht als Briefsendung aufgeben!

☐ **ja**

☐ **nein**

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und faxen Sie es an oben genannte Faxnummer. Sie erhalten umgehend eine Rückmeldung von uns. Bei genehmigter Rücksendung legen Sie bitte unbedingt diesen Antrag Ihrer Rücksendung bei. Nur dann kann eine schnelle Bearbeitung gewährleistet werden. **Bitte beachten Sie, dass unsere allgemeinen Geschäfts- und Lieferbedingungen Bestandteil dieses Antrages sind und eine eventuelle Gutschrift erst nach Wareneingangsprüfung erstellt werden kann.**