

Rücksendeanfrage -zur Anmeldung von Retouren zur Gutschrift-

BESTÄTIGUNG VORAB ERFORDERLICH!

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

herzlichen Dank für Ihre Bestellung. Wir hoffen, dass Sie mit unseren Produkten zufrieden sind.

Sollte dennoch eine Rücksendung zur Gutschrift erforderlich sein, bitten wir Sie folgendes zu beachten:

- **Eine Retouren-Genehmigung muss durch VBM erfolgen. Bitte füllen Sie dazu unten aufgeführten Rücksendeantrag aus und senden Sie diesen vorab an unten aufgeführte E-mail-Adresse!**
- Rücksendungen bitte immer ausreichend frankieren; Sendungen welche zu VBM-Kosten versendet werden, werden anschließend dem Kunden in Rechnung gestellt. Eine Ausnahme bilden von VBM bestätigte unfreie Rücksendungen
- Die Ware kann innerhalb von 30 Tagen an uns zurückgegeben werden; Sterilware und kundenspezifische Anfertigungen sind davon ausgenommen
- Die Ware muss unbenutzt und originalverpackt zurückgesendet werden

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unsere Serviceabteilung:

E-mail: service@vbm-medical.de

Tel.: 07454 / 95 96 – 580

Fax: 07454 / 95 96 – 99 560

Rücksendeantrag (Auszufüllen vom Kunden)

Kunden-Nr./Kunde: _____

Kontaktperson: _____

Kontaktdaten (E-mail, Fax) _____

Angefragte Produkte:

Lfd. Nr.	Produkt-REF	Anzahl	Rechnungs-Nr. /Lot-Nr.	Rücksendegrund (Nr. Eintragen; bei Sonstiges mit Erklärung)	Genehmigt durch VBM
1					
2					
3					
4					

Rücksendegrund: (1) Artikel wurde falsch bestellt; (2) Falsche Menge wurde geliefert; (3) Falscher Artikel wurde geliefert; (4) Sonstiges

Gegenbestellung erfolgt? JA, mit Auftrags-Nr. _____

NEIN

Datum

Unterschrift, Firmenstempel

Genehmigung durch VBM

Rücksendungs-Nr. _____

Bearbeitungsgebühr von 15% wird erhoben:
Pauschale von € _____ wird erhoben

JA
 JA

NEIN

Datum

Unterschrift, Firmenstempel