

## Retourenformular

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

im Hinblick auf unsere internen Vorgaben zur Qualitätssicherung sowie die gestellten rechtlichen Anforderungen ist eine ordnungsgemäße Abwicklung der Arzneimittelrückgabe unerlässlich. Wir bitten Sie daher, dieses Retourenformular vollständig auszufüllen, die Erklärung zu unterzeichnen und mit Ihrem Firmenstempel zu versehen.

Nach Prüfung durch unsere Retourenabteilung und unter Beachtung der Vorgaben unserer Retourenregelung erhalten Sie eine Gutschrift.

PZN	Artikelbezeichnung	Pack.gr.	Charge	Verfall	Rg./Ls.-Nr.	Menge	Grund der Retoure

Firmenname: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätigen wir rechtsverbindlich,

- dass die anliegend zurückgegebenen Artikel verkehrsfähig im Sinne des Arzneimittelgesetzes (AMG) sind,
- die Ware von der AASTON Healthcare GmbH bezogen wurde und seit der Lieferung ordnungsgemäß gelagert und gehandhabt wurde und
- die zurückgegebenen Artikel unseren Verantwortungsbereich nicht verlassen haben, sich im Originalbehältnis und in einem ordnungsgemäßen Zustand befinden.

Retouren sind in geeigneter Weise, d.h. in stabiler Transportverpackung, an die

AASTON Healthcare GmbH  
-Retourenabteilung-  
Henstedter Straße 1  
24558 Wakendorf II

zurückzusenden. Sie sind entsprechend zu frankieren. Unfreie Sendungen werden von uns nicht akzeptiert.

Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Stempel / Unterschrift \_\_\_\_\_