polymed medical-center

KUNDENNUMMER:	ABSENDER/STEMPEL

Bei Medikamenten zur Gutschrift: Hiermit bestätigen wir, dass die Medikamente jederzeit fachgerecht gelagert wurden und nicht von Patienten retour gebracht wurden. Datum: ---------- Unterschrift: ----------	

Bitte für jede Kiste einen separaten Retourenschein verwenden

Für Retouren an die zur Rose verwenden Sie bitte den Retourenschein der zur Rose

RETOURENSCHEIN

Menge	Artikelbezeichnung (Packungsgrösse, Stärke, Darreichungsform)	Lieferschein-Nummer	Retourengrund	Verfalldatum

☐ Nicht bestellt/fakturiert (keine Gutschrift) ☐ Falsch bestellt/erhalten ☐ Telefonische Rücksprache erwünscht ☐ Alles zur Vernichtung ☐ 3. Welt-Spende

Bemerkungen: ----------

Polymed Medical Center
Industriestrasse 59, CH-8152 Glattbrugg
Telefon 044 828 61 11, Telefax 044 828 61 12
info@polymed.ch, www.polymed.ch

WICHTIGE HINWEISE

- Für jede Kiste einen separaten Retourenschein verwenden.
- Betäubungsmittel zur Entsorgung (auch Anbruchpackungen) auf separatem Retourenschein auflisten.
- **Absender**/Kundennummer angeben und Unterschrift nicht vergessen.