polymed medical-center

NUMERO DE CLIENT:	EXPEDITEUR/CACHET

En cas de médicaments à créditer: nous confirmons par la présente que les médicaments ont étés stockés à tout moment en bonne et due forme et n'ont pas été retournés par des patients. Date: ---------- Signature: ----------	

Veuillez, s.v.p., utiliser pour chaque caisse un bon de retour séparé

Pour les retours à la pharmacie zur Rose, veuillez utiliser le bon de retour zur Rose.

BON DE RETOUR

Quantité	Désignation article (taille de l'emballage, dosage, forme galénique)	Numéro du bulletin de livraison	Motif du retour	Date de péremption

☐ non commandé/non facturé (aucun avoir) ☐ erreur de commande/ de livraison ☐ appel téléphonique souhaité ☐ pour élimination ☐ don au tiers-monde

Remarques: ----------

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

IMPORTANT

- Utiliser un bon de retour séparé pour chaque caisse.
- Lister les stupéfiants à éliminer (même les emballages entamés) sur un bon de retour séparé
- Indiquer **l'expéditeur**/le numéro de client et ne pas oublier de signer.