

Retourenformular für Kunden

Reference	MTPD-PQC-SOP002-F001	Form Version	2
------------------	----------------------	---------------------	---

Retoure mit Dokumentation an folgende Adresse:**Loxess Pharma GmbH, Retouren, Oberheisinger Str. 11, 93073 Neutraubling****Tel.: +49 211 520 54 40****Fax: +49 211 520 54 499****E-Mail: info@mt-pharma-de.com****1. Angaben zum Kunden**

KH oder Apotheke			
Strasse			
PLZ / Ort			
Ansprechpartner/in		Kunden-Nr.	
Telefon-Nr.			

2. Angaben zur Retoure

Präparat		Menge	
Chargen-Bezeichnung		Verfallsdatum	
KH-Ware	<input type="checkbox"/>	Großhandel / N1	<input type="checkbox"/>
Vereinbart mit:		Datum	
Grund der Rücksendung:			

3. Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass die retournierte verkehrsfähige Ware nicht verändert (z. B. Aufkleber entfernt; Packungsbeilage entfernt oder umgetauscht) oder umgepackt wurde, während der gesamten Zeit nach Bezug die Ware ordnungsgemäß gelagert wurde und unseren Verantwortungsbereich nicht verlassen hat und Vorkehrungen zur Einhaltung der vorgeschriebenen Temperaturen (gemäß Aufdruck auf Packung) bei der Rücksendung an die oben angegebene Lager-Adresse getroffen wurden.

Mit der Rücksendung der Ware wurde ein für Arzneimitteltransporte autorisiertes Logistikunternehmen beauftragt.

Ort		Datum	
Unterschrift (gesetzl. verantwortl. Person)			