

# RETOURENREGELUNG

Lieferreklamationen und Retouren verursachen einen Aufwand, der nicht nur unsere, sondern auch Ihre Prozesse betrifft.

Wir möchten, dass Ihre Anliegen schnell und reibungslos bearbeitet werden. Um dies gewährleisten zu können, beachten Sie bitte folgende Vorgehensweise:

- Eine Gutschrift der retournierten Ware kann grundsätzlich nur erfolgen, wenn die Ware durch Sie direkt bei uns bezogen wurde und sich die Ware noch in einem verkehrsfähigen Zustand gemäß AMG / MDR befindet.
- Für eine erfolgreiche Retoure muss die Ware noch eine Haltbarkeit von mindestens 6 Monaten vorweisen und darf weder beschriftet, beklebt, verschmutzt oder geöffnet sein.
- Die Ware muss ein aktuelles Erscheinungsbild vorweisen. Artikelnummern, Pharmazentralnummern und Verpackungen dürfen sich nicht verändert haben.
- Die Ware muss ordnungsgemäß gelagert und gehandhabt worden sein und darf Ihren Verantwortungsbereich nicht verlassen haben.
- Für Retouren, die die gesetzliche Rückgabefrist von 14 Tagen überschreiten, erheben wir eine Bearbeitungsgebühr von 15 % des Warenwertes.
- Retouren müssen im Vorfeld über das unten aufgeführte Online-Formular oder unter [Reklamation@medihandel.de](mailto:Reklamation@medihandel.de) angemeldet werden.
- Für Retouren ohne vorherige Anmeldung, kann keine Rücknahme oder Gutschrift erfolgen.
- Retouren aufgrund von Fehllieferungen oder beschädigter Ware müssen innerhalb von 5 Werktagen nach Erhalt der Ware angemeldet werden.
- Die Retouren sind ausreichend frankiert und in einem gut gepolsterten Paket an uns zurückzuschicken. Bruch oder beschädigte Ware kann bei der Gutschrift leider nicht berücksichtigt werden.
- Bei Abholung berechnen wir eine Gebühr von 10,00 € pro Paketstück.
- Reduzierte Ware ist von dieser Regelung ausgenommen.
- Retouren sind nur für Ware möglich, deren Rechnung nicht älter als 12 Monate ist.

## Lieferreklamation:

Allgemeine Daten: (\*) gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder

Kd.Nr(\*)

Firma / Apotheke(\*)

Lieferschein- / Rechnungs-Nr.:

Vorname(\*)

Name(\*)

Straße(\*)

PLZ, Ort(\*)

E-Mail(\*)

Grund der Reklamation(\*)

- ☐ (1) Falsch bestellt
- ☐ (2) Falsche Menge/ Ware erhalten
- ☐ (3) geändertes Verschreibungsverhalten/ Patient verstorben
- ☐ (4) Bruch oder defekte Ware erhalten
- ☐ (5) Falsch erfasst
- ☐ (8) Kurzer Verfall
- ☐ (10) Sonstiges

Ergänzungen

Abholung gewünscht?(\*)

☐

Ja

☐

Nein

Dieses Formblatt dient zur Anmeldung Ihrer Retoure.

Bei eigenständiger Rücksendung ist die Retoure vorab per E-Mail an [Reklamation@medihandel.de](mailto:Reklamation@medihandel.de) anzumelden.

Zudem sind die beiden beigefügten Formulare vollständig auszufüllen und der Rücksendung beizulegen.

Ihr MEDiHANDEL Team

## Retourenformular:

Menge	PZN/Art.Nr.	Artikelbezeichnung	Verfall	Charge	Rechnung Nr.	Rekl.-Grund (Nr.)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ich bestätige, dass die aufgeführten Waren verkehrsfähig gem. Arzneimittelrecht sind und seit der Lieferung ordnungsgemäß und den Lagerbedingungen entsprechend gelagert und gehandhabt wurden, insbesondere meinen Verantwortungsbereich nicht verlassen haben.

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Achtung:** Waren, die den Geltungsbereich des AMG verlassen haben, Verfall von < 6 Monaten unterschritten und deren PZN oder Verpackung sich geändert haben, dürfen nicht zurückgenommen werden und sind daher von der Rückgabe ausgeschlossen!

Mitarbeiter MEDIHANDEL: \_\_\_\_\_

Ware angenommen am/durch: \_\_\_\_\_