

Rücknahmeantrag



Um eine zügige Bearbeitung gewährleisten zu können, bitten wir Sie diesen Antrag vollständig ausgefüllt und unterschrieben per Fax oder Email an uns zurück zu senden.

ROESER Medical GmbH

Reklamationsmanagement | Fax +49 (0)201 . 6498 - 3 1391 | reklamation@roeser.de

KD-Nr.	Straße	
Kunde	PLZ / Ort	
Ansprechpartner	Email	Fax
Lieferschein-Nr.	Lieferscheindatum	

Rücksendegrund

Art.-Nr.	Bezeichnung	Menge	Rücksendegrund				Sonstiges
			Falschbestellung Menge	Falschbestellung Artikel	Falschlieferrung Menge	Falschlieferrung Artikel	

Zusätzliche Information

Ort, Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift
-------------------	--------------------------------	---------------------

Der Kunde bestätigt mit seiner Unterschrift, dass die mit diesem Rücknahmeantrag zurückgegebene Ware gemäß der vom Hersteller der Produkte vorgegebenen Lagerbedingungen gelagert wurde und kein Unbefugter Zugang zu der Ware hatte.

(Dieser Bereich wird durch ROESER ausgefüllt.)

Reklamationsnummer:	Reklamationsdatum:
<input type="checkbox"/> Rücknahme genehmigt	<input type="checkbox"/> Rücknahme abgelehnt Grund:
Entstandene Kosten:	
<input type="checkbox"/> Die Abholung erfolgt mit AHRC-Nr.:	
<input type="checkbox"/> Bitte senden Sie die Ware mit Angabe der o.g. Reklamationsnummer an uns zurück. (Sollten Sie eine kostenpflichtige Abholung wünschen, bitten wir um entsprechende Rückmeldung.)	

Es gelten unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen. Diese finden Sie auf unserer Internetseite unter www.roeser.de/agb.