



**Rücksendeformular/Dekontaminationsnachweis**

**1. Rücksendeformular:**

Sehr geehrte Kunden,  
im Falle einer Rücksendung füllen Sie bitte folgendes Formular vollständig aus und senden dieses vorab per Fax (+49 (0) 4172 9878012) oder per Mail ([info@voss-dental.de](mailto:info@voss-dental.de)) an uns,vielen Dank.

Kundennummer: \_\_\_\_\_

Kundenname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/in: \_\_\_\_\_

**Informationen zu dem jeweiligen Artikel:**

Pos.	Menge	Artikelnummer/Bezeichnung/Chargennummer	Herst.-Jahr
1			
2			
3			

**Grund der Rücksendung:**

- Falschliefenung
- Falschbestellung
- Ware ist beschädigt(bitte kurze Beschreibung)
- Reparatur
- Andere Gründe (bitte angeben)

**Fehler-und Schadensbeschreibung/sonstige Bemerkung:**

(sollte der Platz nicht ausreichen, so können Sie gerne die Rückseite nutzen):

---



---



---



---



---



---

→

**2. Dekontaminationsnachweis:**

**Bitte kreuzen Sie entsprechend an:**

1. Ist der Artikel original verpackt ?  Ja  Nein
2. Wurde der Artikel verwendet ?  Ja  Nein

**Falls Sie „Ja“ angekreuzt haben, stellen Sie bitte sicher, dass der Artikel nur sterilisiert zurückgesendet wird. Unsterile Artikel werden ohne Ausnahme zur Sicherheit aller Beteiligten nicht bearbeitet.**

3. Wurde der gebrauchte Artikel nachweisbar sterilisiert?  Ja  Nein

**Verpackungsanweisung:**

Verpacken Sie den/die Artikel in einen für den Transport geeigneten Karton oder Umschlag, sodass die Artikel unterwegs nicht beschädigt werden können. Gerne helfen wir Ihnen dazu weiter. Legen Sie das ausgedruckte Rücksendeformular und eine Kopie des Lieferscheines oder der Rechnung bei. Wir bearbeiten ohne Ausnahme nur ausreichend frankierte Sendungen.

**Sobald wir Ihre Rücksendung erhalten haben, erhalten Sie umgehend eine Bestätigung von uns per Fax oder Mail. Vielen Dank.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Verantwortlicher