



sä●●

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) an uns,vielen Dank.

Kundennummer: _____

Kundenname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Ansprechpartner/in: _____

Grund der Rücksendung:

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

Fehler-und Schadensbeschreibung/sonstige Bemerkung:

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



Informationen zu dem jeweiligen Artikel:

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

Die gelieferte Ware bleibt bis zur vollständigen Bezahlung unser Eigentum. Es gelten unsere allgemeinen Geschäftsbedingungen.



2. Dekontaminationsnachweis:

Bitte kreuzen Sie entsprechend an:

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

Falls Sie den Artikel verwendet haben, stellen Sie bitte sicher, dass der Artikel nur sterilisiert, zurückgesendet wird. Unsterile Artikel können wir leider nicht entgegennehmen oder bewerten.

3. Wurde der gebrauchte Artikel nachweislich/zum Nachweis sterilisiert?
 Ja Nein

Verpackungsanweisung

Verpacken Sie den 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 Lieferscheins oder der Rechnung bei.

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

Ort, Datum

Unterschrift Verantwortlicher



Die gelieferte Ware bleibt bis zur vollständigen Bezahlung unser Eigentum. Es gelten unsere allgemeinen Geschäftsbedingungen.