

Retouren-/ Vernichtungsformular für Apotheken und Großhändler

Bitte der retournierten Ware / den eingesendeten Faltschachteln beilegen!

1. Angaben zum Kunden

Name des Kunden: _____

Kundennummer (falls bekannt): _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____, _____

Ansprechpartner/-in: _____

2. Angaben zur Retoure / Vernichtung

Artikel	PZN	Charge	Verfall- datum	Bestell- datum	Rechnungs- nummer	Menge	Grund der Retoure/ Vernichtung

Retoure / Vernichtung vereinbart mit:

Datum:

Rücksendung durch Kunden

Abholung durch Thermomed/TOF

Vernichtung (Bitte Vernichtungserklärung beifügen)

3. Erklärung (nur auszufüllen bei einer Retoursendung von Ware)

Die zurückgesendeten Arzneimittel sind verkehrsfähig im Sinne des Arzneimittelgesetzes. Darüber hinaus erkläre ich hiermit, dass die zurückgesendete Ware direkt von der Stragen Pharma GmbH bezogen wurde, nicht verändert oder umgepackt wurde, das Lager nicht verlassen hat und während der gesamten Zeit nach dem Bezug der Ware gemäß den in der Fachinformation angeführten Lagerungsbedingungen gelagert wurde, keine Abweichung während der Lagerung beobachtet wurden und unseren Verantwortungsbereich nicht verlassen hat.

Ort, Datum, Unterschrift Apotheker, Stempel