

# Retouren Antrag

Per Fax an: 03 62 02 88 135 oder  
per E-Mail an: [retouren@hoz-medi-werk.de](mailto:retouren@hoz-medi-werk.de)

Absender (Stempel/Anschrift):

HOZ Kundennummer:

Bearbeitung von:

Datum:

## Rücksendung:

Art-Nr./PZN	Artikelbezeichnung	Anzahl	geliefert mit LS/RE-Nr.	Verfalldatum

Grund für die Rücksendung:

- Wir bitten um Gutschrift des Warenwertes
  Wir bitten um Ersatzlieferung  
 Wir bitten um Reparatur und Rücksendung
  Bitte holen Sie die Ware auf unsere Kosten ab  
 Hiermit bestätigen wir, dass die zurückzugebende Ware seit der Lieferung ordnungsgemäß gehandhabt und gelagert wurde, sowie unseren Verantwortungsbereich nicht verlassen hat.

## Antwort/Stellungnahme HOZ Medi Werk GmbH & Co. KG:

Genehmigt ja  nein  weitere Verfahrensweise/Begründung:

- ja, mit 15,00 € Wiedereinlagerungsgebühr  
 ja, mit 8,00 € je Packstück (wenn HOZ mit der Abholung beauftragt wird)  
 ja, mit 60,00 € je Palette (wenn HOZ mit der Abholung beauftragt wird)  
 Wir holen die Ware auf unsere Kosten ab  
 Bitte senden Sie die Ware unbeschädigt, originalverpackt und ausreichend frankiert an:

HOZ Medi Werk GmbH & Co. KG, Das Steinfeld 14, 99869 Drei Gleichen OT Wandersleben

HOZ Medi Werk GmbH & Co. KG, Am Sülzenbrückener Wege 3, 99334 Amt Wachsenburg

Bemerkung: \_\_\_\_\_

nein

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und faxen / mailen Sie es an die oben genannten Kontakte. Sie erhalten umgehend eine Rückmeldung von uns. Bei genehmigter Rücksendung legen Sie bitte unbedingt diesen Antrag Ihrer Rücksendung bei. Nur dann kann eine schnelle Bearbeitung gewährleistet werden. Es gelten unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen. Vielen Dank.