

Retouren Antrag

Per Fax an: 03 62 02 88 135 oder
per E-Mail an: 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, Mühlweg 8, 99310 Arnstadt
 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.