

Medtronic

RETOURENAUFTRAG

Zur Bearbeitung Ihres Retourenauftrags benötigen wir, dass Sie dieses Formular elektronisch ausfüllen und per E-Mail an die folgende Adresse senden

rs.returnDE@medtronic.com

KONTAKTDATEN

Firmenname / Krankenhaus *	
Kundennummer	
Name *	
Telefonnummer *	
E-Mail-Adresse *	

ABHOLDATEN

Abteilung * - Bitte stellen Sie sicher, dass der Spediteur hier Zutritt hat			
Abholadresse	Telefonnummer		
Abholadresse*			
Ort*		Postleitzahl *:	
Anzahl der Pakete*			
Anzahl der Pakete mit einem Gewicht über 45 kg *		# Paletten *:	
Abmessungen LxBxH (cm)			
Abholdatum			
Zeitfenster für die Abholung (markieren Sie die gewünschte Option mit "X")	<input type="checkbox"/> 7.00-14.00	<input type="checkbox"/> 8.00-15.00	<input type="checkbox"/> 9.00-16.00
Geben Sie bitte den Hauptgrund für die Retoure an. * (markieren Sie die gewünschte Option mit "X") <small>Für Rückholaktionen sollte ein anderes Retouren Formular verwendet werden (wie in der entsprechenden Rückhol-Information beschrieben).</small>			
<input type="checkbox"/> Falsche Menge erhalten	<input type="checkbox"/> Falscher Artikel bestellt	<input type="checkbox"/> Falsche Artikel erhalten	
<input type="checkbox"/> Beschädigter Artikel	<input type="checkbox"/> Doppellieferung	<input type="checkbox"/> Kurzes Verfallsdatum	
<input type="checkbox"/> Verspätete Lieferung	<input type="checkbox"/> An die falsche Adresse abgeliefert	<input type="checkbox"/> Anderer Grund ...	
Ihre interne Referenz / Ihr Text wird auf Rechnung gedruckt <small>z.B. Schwester X hat bei der Auftrags eingabe einen Fehler gemacht</small>			

RETOURNIERTE ARTIKEL

Rechnungsnummer, Lieferschein*	Artikelnummer*	Menge*	Maßeinheit (EA, CT, CA, PK)	Lot oder Seriennummer*	Ablauf- datum

Bitte verpacken Sie die Ware gemäß den Verpackungsanweisungen, die gemeinsam mit der Bestätigung übermittelt werden und entfernen Sie alle alten Transport-Etiketten von der ursprünglichen Sendung.

Datum: * Pflichtfelder

Medtronic