



! **** Mit diesem Retourenschein können Sie Artikel an die delmed Versandapotheke zurücksenden. Bitte ausfüllen und unbedingt der Rücksendung beilegen!**

Bitte machen Sie folgende Angaben:

Datum:

Kd-Nummer: E-Mail:

Name, Vorname: Rechnungsnummer:

Straße / Haus-Nr: PLZ, Ort:

Tel.-Nr. für Rückfragen (Wichtig): Fax-Nr:

Es gibt verschiedene Gründe Artikel zurückzusenden. Einfachheitshalber haben wir diesen Gründen Nummern zugeordnet. Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Nummer hinter dem Artikel an.

- 1 falsch geliefert 2 zu spät geliefert 3 falsch bestellt 4 beschädigt 5 Verfall zu kurz

Ich schicke folgende Artikel zurück:

Artikel: <input type="text"/>	Menge: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Artikel: <input type="text"/>	Menge: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Artikel: <input type="text"/>	Menge: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Artikel: <input type="text"/>	Menge: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Artikel: <input type="text"/>	Menge: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Ich bestelle folgende Artikel neu:

Artikel: <input type="text"/>	Menge: <input type="text"/>	Preis: <input type="text"/>	Euro
Artikel: <input type="text"/>	Menge: <input type="text"/>	Preis: <input type="text"/>	Euro
Artikel: <input type="text"/>	Menge: <input type="text"/>	Preis: <input type="text"/>	Euro
Artikel: <input type="text"/>	Menge: <input type="text"/>	Preis: <input type="text"/>	Euro
Artikel: <input type="text"/>	Menge: <input type="text"/>	Preis: <input type="text"/>	Euro

Ich möchte Ihnen sagen:

... oder rufen Sie uns an. Wir beraten Sie gern. Tel.: +49 (0) 22 34 / 98 70 5-0

Bitte bewerten Sie uns! Wir möchten unseren Service gerne verbessern. Bitte kreuzen Sie eine Note nach dem Schulnotensystem an (1= sehr gut; 6=ungenügend).

1 2 3 4 5 6

Hinweis:

**** Wir können keine unfreien Sendungen annehmen. Wenn Sie Artikel an uns zurückschicken möchten, setzen Sie sich bitte vorher mit uns in Verbindung. Bitte beachten Sie, dass die Rücksendekosten von Ihnen zu tragen sind, wenn die gelieferte Ware der bestellten entspricht und wenn der Verkaufspreis der zurückzusenden Sache einen Betrag von 40€ nicht übersteigt.**

Einlösung von Rezepten nur schriftlich an:

delmed Versandapotheke
Europaallee 33e
50226 Frechen

Bestellung rezeptfreier Artikel auch unter:

Telefon: +49 (0) 22 34 / 98 70 5-0
Telefax: +49 (0) 22 34 / 98 70 5-15
Internet: www.delmed.de